



Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии. Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.

Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)

Сайт www.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен. Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

Психопатические конституции

Т.И Юдин

" ПРЕДИСЛОВИЕ

" ГЛАВА I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

" ГЛАВА II. ПСИХИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ И ЕЕ КОМПОНЕНТЫ

" ГЛАВА III. ЧТО ТАКОЕ ПСИХОПАТИЯ И ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ КОНСТИТУЦИИ

" ГЛАВА IV. КОНСТИТУЦИЯ ШИЗОИДНОГО КРУГА

" ГЛАВА V. КОНСТИТУЦИЯ ЦИКЛОИДНОГО КРУГА

" ГЛАВА VI. ПАРАНОИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ

" ГЛАВА VII. ПСИХАСТЕНИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ

" ГЛАВА VIII. ПСЕВДОЛОГИЧЕСКАЯ (ФАНТАСТИЧЕСКАЯ, МИФОМАНИЧЕСКАЯ) КОНСТИТУЦИЯ

" ГЛАВА IX. КОНСТИТУЦИИ ЭПИЛЕПТОИДНОГО КРУГА

" ГЛАВА X. ОБ ИСТЕРИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ

" ГЛАВА XI. ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ПСИХИКИ

" ГЛАВА XII. ЖЕЛЕЗЫ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ПСИХИКИ

" ГЛАВА XIII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

" ЛИТЕРАТУРА

ПРЕДИСЛОВИЕ Психопатические конституции

Т.И Юдин

Наследственно-биологическое направление в психиатрии, представленное в Германии Рюдиным, Гоффманном, Каном, отчасти Гауппом, Кречмером и мн. др., в Америке-Девенпортом, Уикком и др., в Швеции - Виммером, имеет до сих пор у нас очень мало своих представителей. Между тем большое его значение в настоящее время широко признаётся большинством ученых. Это значение тем более велико, что оно сближает психиатрию с целым рядом сопредельных дисциплин- психологией, психотехникой, педагогикой-и дает возможность, идя от ярко выраженных психозов, глубже проникнуть в изучение структуры характера вообще.

Настоящая книга является попыткой дать сводку работ, сделанных в этом направлении, и объединить их в общую систему на основании собственных исследований и клинических наблюдений.

При этом приняты также во внимание и работы конституционалистов-клиницистов, главными представителями которых в Германии являются Гохе, Клейст, Шредер, частью Бумке, во Франции-Клод.

Я думаю, что ознакомление с работами наследственно-биологического направления в психиатрии, хотя изучение здесь и находится еще в первых стадиях развития, даст много важного и интересного не только для специалиста-психиатра, но и для всякого образованного человека вообще.

Т. Юдин.

Казань 20/V 1926.

ГЛАВА I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ Психопатические конституции

Т.И Юдин

Приступая к описанию психопатических конституций, мы, прежде всего, должны определить, что мы понимаем под термином "конституция", каковы компоненты психической конституции и что мы понимаем под термином "психопатия".

Понятие конституции в медицине сложилось постепенно, как понятие клинико-эмпирическое. В виду чисто эмпирического характера понятие это отличалось крайней неопределенностью и расплывчатостью своих границ: в зависимости от практической ситуации одни авторы истолковывали это понятие в одном смысле, давали ему одни границы, другие же истолковывали и проводили границы совершенно иные.

Пфаундлер заявляет, что, вероятно, ни в одной области клинической патологии не царит такой беспросветной путаницы, как в области понятия о конституции.

Термин "конституция" существует со времени Гиппократата, и вначале под этим термином понимались лишь особенности, присущие всему организму как целому. Под конституциональными болезнями понимались болезни, связанные не с одним каким-либо органом, а зависящие от общих особенностей всего организма. Позже к этому прибавилось представление, что конституциональной стороной выявления болезни являются индивидуальные особенности реагирования организма на различные внешние влияния. Одна и та же внешняя причина у различных индивидуумов вызывает далеко не одинаковый эффект; особенности организма трансформируют внешние воздействия, выявляя их в своеобразной, присущей данному индивидууму форме; эта особенность каждого организма по своему реагировать и называлась конституциональной.

Целый ряд авторов (Тандлер, Матес, Харт, Тениссон и др.) предлагают называть конституциональными особенностями организма только такие, которые определяются наследственностью, т. е. особенностями строения зародышевой плазмы. Кречмер, например, предлагает понимать под конституцией "сумму всех свойств индивидуума, генотипически закрепленных

в его наследственных задатках". Надо, однако, иметь ввиду, что все заложенные в наследственных задатках особенности есть только потенция, так или иначе реализующаяся под влиянием окружающей среды; только среда дает этим потенциям реальное бытие. Реально мы знаем только фенотип, и потому, если хотим говорить не о потенциях только, но и о реальном выявлении этих потенций, то нужно всегда иметь в виду и те вариации, те изменения, которые разные условия создают в выявлении генотипических потенций. Если ограничить понятие конституции только генотипом, то при таком ее понимании - как частью указал уже Ю. Бауэр - это понятие "превращается в фиктивное, воображаемое, с которым на практике не придется сталкиваться".

Поэтому многие авторы (Марциус, Пфаундлер, Крауз, Маршан, Рессле, Любарш, Перици др.) до сих пор говорят о "приобретенных конституциях". Марциус, например, говорит о сифилитической конституции, при чем он имеет ввиду, что все строение организма, пораженного сифилисом, перетерпевает такое изменение, что весь он, как целое, получает своеобразные особенности, не существующие у здоровых. Организм сифилитика иначе реагирует на все возбуждения; как пример такой особенности Марциус приводит способность людей с сифилитической конституцией заболевать метасифилитическими формами нервных болезней (табес, прогрессивный паралич).

Марциус говорит, что даже и чисто экзогенные яды могут быть причиной создания особой конституции; например, можно говорить об "алкогольной конституции", которую, однако, не нужно смешивать с самим хроническим отравлением алкоголем. "Дело здесь идет не о явлениях хронического алкоголизма, а о том, что сопротивляемость алкоголиков по отношению к другим болезням уменьшается".

Реальная структура организма есть, несомненно, функция: 1) генотипических потенций (G), 2) окружающих условий (B) и 3) последнего вызывающего момента (Aufl sung) $K=F(G, B, A)$.

Поэтому-то наиболее правильным является определение конституции, данное Рессле. Под конституцией он понимает "состояние организма и его частей, складывающееся из врожденных и приобретенных элементов и проявляющееся в том, как данный организм или часть его реагирует на раздражения окружающего мира", в какую внешнюю форму организует эти влияния организм, как он сберегает себя в борьбе за существование, как он размножается и в каком темпе идет вся его жизнь - прибавили бы мы от себя.

Так же определяет конституцию и Крауз: "это присущее индивидууму состояние, унаследованное или приобретенное, поддающееся морфологическому или функциональному анализу, возникающее как из проявления отдельных функций, так и из суммы телесных и душевных особенностей; состояние, определяющее тип деятельности и развития организма; состояние, которое характеризует индивидуума в смысле требований, которые к нему можно предъявлять в отношении его сопротивляемости, способности к возрождению и жизнеспособности".

Такое определение конституции является наиболее соответствующим современному состоянию наших знаний, наиболее соответствует и реальной возможности определения той или иной конституции, так как при наших еще очень недостаточных знаниях о наследственности невозможно в каждом отдельном случае решить, что относится к генотипическим потенциям, что к паратипическим вариациям этих потенций.

Сименс, принимая все это во внимание, предлагает соответственно с биолого-генетическим пониманием структуры организма выделять: конституции идиотипические (генотипические) т. е. те, которые связаны с наследственными потенциями; конституции паратипические - зависящие от внешних условий, и наконец, объединение всех вообще свойств, т. е. реальную

личность со всеми особенностями ее структуры называть фенотипической конституцией.

Собственно с биологической точки зрения спора о том, включать ли в конституцию изменения от внешних влияний, "приобретенные свойства", или не включать, быть не может: все паратипические особенности в основе своей имеют генотип, ничего не появляется в организме из ничего, всякое его свойство есть результат изменений имеющихся у него генотипических особенностей под влиянием окружающей среды. Фенотип, ведь, есть реальное выявление генотипа в данных окружающих условиях и паратипические его вариации именно и есть результат взаимодействия генотипа и окружающей среды. На каждую определенную ситуацию генотип реагирует определенным фенотипом. Генотип-по Иоганнсену - в своем определении должен включать в себя все возможности своего развития, конституциональная формула должна выражать все возможные реакции данной системы. Задача, собственно, должна состоять в том, чтобы изучить все вариации каждого генотипа при разных условиях и в конце концов объединить ряд паратипических конституций в одной генотипической. Если говорят о "сифилитической конституции", то здесь разумеется своеобразное паратипическое изменение различных генотипических свойств при условии циркуляции сифилитического яда в организме. Во всяком случае, несомненно, что без генетического анализа правильного разрешения вопроса о конституциях мы получить никоим образом не сможем.

С другой стороны мнение Тандлера, что конституция является биологическим фатумом организма, нельзя понимать буквально. Несомненно, изменяя условия жизни, мы можем значительно изменять внешние проявления генотипа, а следовательно, и фенотипическую конституцию или реальную личность; но теми внешними условиями, которыми мы изменяем фенотип, мы не можем изменить генотип 1), и с этой точки зрения Тандлер прав. Место для недоразумения может дать только само мистическое слово фатум: дело, конечно, идет не о мистической неизменности ген, а о закономерностях их существования и выявления в данных условиях, при чем эти закономерности не поддаются изменению и воздействию человека при его современных знаниях.

При рассмотрении конституции человека надо иметь в виду весьма большую сложность человеческого организма и, как это вытекает из приведенных выше определений конституции, не забывать, что конституция имеет целый ряд отдельных сторон: морфологическую, физиологическую, биохимическую, эволютивную и т. д.

Для выделения генотипических элементов конституции в настоящее время пользуются законами наследственности (менделизм), и те наследственные соединения, которые передаются из поколения в поколение по законам Менделя, мы и называем генотипическими. Это выделение генотипических элементов затрудняется, помимо широкого паратипического изменения свойств, еще тем, что многие кажущиеся едиными фенотипические проявления являются сложными генотипическими конструкциями, и поэтому, следуя Менделевским законам, в следующих поколениях расщепляются на составные части, нередко вовсе не похожие на прежние родительские свойства. Конечной задачей здесь является выделить все неизменяющиеся "прочные примитивные" генотипы, входящие в состав сложной конституции, и, определив их, составить таким образом "генетическую формулу" конституции.

Если принять сравнение человеческого организма с машиной, то под конституцией будут пониматься не только особенности материала, из которого построена машина (морфологич. особенности), не только тип устройства машины и вытекающие из этого динамические возможности (физиологич. особенности), но и то обстоятельство, что в самом же организме

сосредоточена и регуляция темпа питающей машину двигательной системы (био-химич. особенности) и что, кроме того, организм есть машина постоянно самоизменяющаяся, именно для регуляции использования этой силы, машина самообновляющаяся и растущая (эволютивные особенности).

Внутренняя структура организма не представляет из себя неподвижного сооружения; проблема конституции не может пониматься как проблема статическая, но как проблема выявления и развития заложенных в генотипе потенций и их изменений в зависимости от всех окружающих условий.

Однако, помимо конституциональных, идиотипических и паратипических изменений в организме имеются временные особенности его функционирования, вытекающие из определенного направления деятельности организма в данный момент особенности, не изменяющие ни структуры, ни динамического и эволютивного регулирования организма, ни его биолого-эволютивных путей. Животный организм, свободно перемещающийся в окружающей среде, приспособлен одновременно к разным условным установкам: временно могут усиленно работать без изменения общей конструкции то те, то другие части машины. Содержание этой работы, выполняемое в пределах той же конституции, будут являться не паратипическими изменениями конституции, а временными условными, целевыми установками; и результаты этой установки - работой в данных меняющихся условиях.

Эта разница особенно ясна в области работы нервной системы. Все изменения, включая и стойкие изменения паратипического характера, в области того, что Павлов называет анализаторами и безусловными рефлексам, относятся к конституциональным изменениям; содержание же временных установок, протекающих без изменения структуры анализаторов, т.-е. изменения, которые Павлов относит к условным рефлексам, есть результат применения конституциональных механизмов к окружающей среде, (работа конституции), а не конституция.

Затем, говоря о конституции, мы никогда не должны забывать, что "конституция", "организм как целое", "личность" - идентичные понятия. Различая составные части конституции ("частичные конституции", "примитивные факторы"), рассматривая ее особенности с разных точек зрения (анатомической, физиологической, эволютивной), мы должны помнить, что как целое она обладает иными свойствами, чем составляющие ее части в отдельности, что она едина.

Конституция может в потомстве расщепиться при известных условиях на ряд элементов, как H_2O -вода может расщепиться на Н и О, но H_2O имеет не те свойства, что Н и О в отдельности.

1)Мы здесь не будем касаться вопроса, какие внешние влияния изменяют генотип, вопроса о возникновении мутаций. Для нас лишь несомненно, что, соматической индукции не существует, не доказано до сих пор, несмотря на многие попытки, и существование параллельной индукции, хотя несомненно новые гены при известных условиях возникают. Эти условия, весьма редкие у человека, нам до сих пор не известны, хотя, стоя на материалистической точке зрения, их надо признать, конечно, материальными.

ГЛАВА II. ПСИХИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ И ЕЕ КОМПОНЕНТЫ

Психопатические конституции

Т.И Юдин

Как в области соматической своеобразное объединение в единую систему всех морфологических, физиологических и эволютивных особенностей организма является соматической конституцией данного индивидуума, так точно и в области нервнопсихической объединение в общее целое всех особенностей, выявляющихся в восприятии, самоощущении и движении, влечениях, инстинктах составляет его психическую конституцию.

В сущности говоря, при выделении нервно-психической конституции мы

искусственно выделяем некоторую цепь или даже отдельные стороны ряда цепей из всей системы личности. Искусственность резкого отделения психических явлений от соматических выясняется тем больше, чем глубже мы изучаем вопрос.

Гаверох когда-то называл конституцию "соматическим я (Ichtum) индивидуума". Это определение оказывается особенно удачным, если иметь ввиду, что сюда входят и все нервно-психические механизмы и силы, которые именно и объединяют соматические проявления в одно "я", в одну замкнутую сложную систему, будучи сами тесно связаны со всеми другими соматическими рядами и неотделимы от них.

Только исторический ход изучения человеческого организма, сложность психических явлений и неполное наше знание сложных механизмов нервной деятельности заставляют считать методологически полезным и неизбежным рассмотрение психических явлений отдельно. Но это отделение психических явлений имеет тот же смысл, что отделение морфологических особенностей от физиологических или эволютивных - это только особая форма выявления энергии того же организма и особенностей его строения.

В нервно-психической работе принимают участие три главных компонента центральной нервной системы: периферический - сенсорный, центральный-воспринимающий и моторный, а также сложные системы их соединений; но определяют характер их работы также и особенности вегетативной и эндокринной системы, моменты питания, обмена веществ, био-химические моменты, моменты кровообращения и вся вообще соматическая структура организма.

Чисто-психическая сторона нашей деятельности тесно связана со всеми этими моментами, представляя лишь удлинённый и усложнённый промежуточный момент между сенсорным и моторным. Эти моменты могут остаться известное время в скрытой, непроявленной во внешних движениях форме, при чем накопившаяся в мозгу нервно-психическая энергия претерпевает в это время изменения в быстроте, напряжении и направлении.

В виду сложности работы нервно-психической системы принято подразделять ее деятельность на части. Однако это деление различными авторами производится различно. Психолог Клагес, например, делит всю психику на три части: материал, структуру и качественную сторону (Qualitat). Е материалу принадлежат способности, таланты; к качественной стороне-стремления, инстинкты, воля, способность к развитию приспособлений к окружающей действительности (Entwicklungstendenz).

Материал может быть сравнен с музыкальным инструментом, качественная сторона с самой мелодией. Но для пьесы важно не только устройство инструмента (материал) и мелодия, но и темп. Те силы, которые заведуют темпом, Клагес называет "структурой". Важнейшей частью "структуры" психики является темперамент, который Клагес определяет как "степень, темп индивидуальной реагибельности". Темперамент зависит от отношения силы влечений ($T = \text{Triebkraft}$) к силе волевых задержек ($W = \text{Wille}$) т.-е. темперамент = T/W при чем T/O =сангвиник, $W/"$ = меланхолик. В области воспринимающей явления отношения влечений и воли выявляются в особенностях чувственного тона (Gefühlston), в виде внутренних переживаний (Kölle). Здесь Клагес различает три класса личностей в зависимости: 1) от быстроты эмоциональной возбудимости; это колебание между флегматическим и экспансивным типом, 2) по господствующему настроению: колебание между меланхолическим и эйфорическим настроением и 3) по особенностям напряжения воли: колебание между сильной и слабой волей. В области эффекторной - внешней - структура выражается в особенностях выразительных движений, жестов, мимики (Naturell).

Из комбинаций различных особенностей материала, структуры и качественной стороны психики создается личность=характер. В своей

классификации характеров Клагес стремится перечислить всевозможные сложные взаимоотношения указанных трех основных частей психики.

Необходимость деления различных сторон психической деятельности давно практически чувствовалась и многими исследователями-психопатологами. Так, Жане говорит об "иерархии психической деятельности" и всю психику делит на следующие ступени: 1) самой высшей особенностью является "схватывание реальности во всех ее формах", способность координировать со всеми мелочами реального, постоянно меняющегося мира всю нашу деятельность (*fonction du reel*), пользуясь пластичностью и гибкостью ассоциативных механизмов. Ниже этого стоят: 2) способности, таланты (*uninteressierte Aktivitat*), еще ниже 3) инстинкты, висцеральные и сосудодвигательные реакции с зависящими от них эмоциональными переживаниями (*Viszeralreaktionen der Gefuhle*) и, наконец, 4) элементарные рефлексy.

Такое же, только несколько расплывчатое и неполное деление дают и многие другие авторы. Мейнерт еще очень давно отличал образованное жизненным опытом "вторичное я" от "я первичного" с его примитивными стремлениями. Берце различает 1) "импрессиональную" психическую деятельность, образуемую сенсорными полями, при чем развивающимся при этом процессам не соответствует ничего психического, их надо рассматривать как "допсихическое" (*uninteressierte*), и 2) "интенциональную" психическую деятельность = психическая активность: это те же силы, которые в мышцах вызывают движение, в органах- секрецию, а в нервах становятся "силой сознания".

Штранский и Блейлер различают "*Noopsyche*", к которой они относят "все чисто интеллектуальные функции", и "*Thymopsyche*" - "мир инстинктов, влечений, эргий". Область "*fonction du reel*" здесь оказывается не выделенной и включается в *Noopsyche*. Шильдер область *fonction du reel* называет *Wirklichkeitsstruktur*.

В. А. Гиляровский различает *Zoopsyche* и дальнейшее ее развитие в виде психики себе подобных, психики по шаблону, выработанному средой (*uninteressierte Aktivitat*) и наивысшее развитие психики, "умственная зрелость" (*fonction du reel*).

Г. Фишер различает три сферы психической личности: 1) интеллектуальную корковую личность с органами чувств как анализаторами, 2) вегетативную личность с эндокринным аппаратом, выражающуюся во "внутреннем смысле" (*Innensinn*) и 3) связь обоих в виде кортико-вегетативной реальной личности.

Кречмер всю психику делит на: 1) выражающуюся в целевом поведении (*Zweckhandlungen*), 2) гипобулическую (инстинкты и эмоции) и гипонейческую (способности) и 3) низший физиологический рефлекторный аппарат.

Направляющее в личности значение влечений, инстинктов признает очень большой ряд авторов: Монаков, напр., говорит о них, как об "*Urgenesis*" или "*Horste*", которые составляют "*entzündende und latent glimmende Feuer jeden Lebens*". Точно также и Павлов считает, что условные рефлексы-лишь тонкий слой складывающихся в индивидуальной жизни физиологических деятельностей, базирующийся на массивном, основном пласте, слагающемся из безусловных рефлексов и инстинктов.

Фрейд также делит психический аппарат на три части: 1) "оно", которое складывается под влиянием восприятия внутренних процессов организма и "содержит страсти" (при этом Фрейд, как известно, особенно подчеркивает значение полового влечения - *libido*). "Оно" становится осознаваемым непосредственно в эмоциях без связи со словесными представлениями. Восприятие "оно" выражается, главным образом, в сознании "удовольствия - неудовольствия". 2) "Я", которое стремится заменить принцип удовольствия, безраздельно действующий в "оно", принципом реальных отношений к

внешнему миру; "я" контролирует с этой стороны "оно" и побуждает к движению во внешнем мире. Внутри, в сознании "я" выражается в мыслях, однако эти мысли также остаются лишь "предсознательными" пока посредством слов не становятся внешним восприятием, "словесными раздражениями", Анатомически "я" находится в мозговой коре и самой главной его частью является двигательная зона, зона сношений с внешним миром. 3) Третьей частью является "сверх - Я", которое объединяет "я" и "оно". "Я" прежде всего не только поверхностное существо (по отношению к "оно"), но даже является проекцией некоторой поверхности. "Я" руководит вытеснением желаний "оно" в интересах отношения к внешнему миру, но, когда мы приближаемся к вытесненному, я само находится во власти сопротивления, во власти "оно". Ясно поэтому, что не все вытесненное сознательно. "Сверх-Я" координирует "Я" с "оно".

Это Фрейдовское деление может быть поставлено в полное соответствие с делениями предшествующими: "оно" - это область эндокринной и симпатической нервной системы, область эмоций и влечений, область структуры Клягеса; "я" - uninteressierte Aktivitat Жана, корковые анализаторы, способности, ассоциативные высшие связи, высшие двигательные механизмы, соединяющие организм с внешним миром - "материал" Клягеса. И, наконец, "сверх я" - это fonction du reel Жана, условные рефлексы Павлова.

Фрейд очень правильно настаивает, что все расстройства психики есть результат "несостоятельности (Versagung) в исполнении одного из непреодолимых влечений, глубоко коренящихся в филогенезе нашей душевной организации", в эмоциях и влечениях "оно". Если "я" оказывается побежденным "оно" и тем самым организм оказывается оторванным от внешнего мира, наступает психоз; в случае конфликта "я" и "оно" наступает расстройство между "я" и внешним миром - невроз.

Р. Г. Б. н. т. делит также и движения на архео-кинетические, палео-кинетические и нео-кинетические формы. Здесь схема трехэтажного деления того же типа, которое мы применяем к внутренним переживаниям, применена к движениям. Во всех трех этажах, конечно, надо отличать сенсорные, двигательные и психические части, которые и представляют все вместе отправления, функции общего нервно-психического механизма личности.

Все эти, часто, как будто, спекулятивные деления очень хорошо можно сопоставить с анатомо-физиологическими особенностями устройства организма. Даже относительно чисто психологической схемы Клягеса можно, по видимому, найти соответствующие механизмы устройства нервной системы.

1) Материал Клягеса - это те части полушарий головного мозга, которые воспринимают периферическое раздражение, анализируют его, затем передают возбуждение по ассоциационным волокнам и клеткам двигательным анализаторам и превращают энергию периферического раздражения в двигательный импульс. Это - "рецензиторно-мнестическо-ассоциативный практический корковый аппарат", обуславливающий своеобразие и особенности восприятий, представлений, способностей, талантов. Это - "анализа

торы" и "эффекторный центральный аппарат" Павлова. Этот аппарат доставляет личности "материал" для переработки соответственно установкам в окружающем мире.

2) Структура Клягеса - это процессы, которые определяются, главным образом, гуморально, био-химическими особенностями крови и обмена. Морфологический аппарат этих особенностей заложен главным образом в эндокринных аппаратах и вегетативной нервной системе.

Наконец, 3) Qualitat Клягеса к сожалению смешивает две различные био-физиологические сущности. Он объединяет в себе всю "динамическую", как называет В. Петере, сущность психической деятельности; в него входит и высшая работа fonction du reel - способность приспособления материала к

окружающей действительности, динамика корковой личности (динамика материала), и все инстинкты и стремления - динамика глубинных механизмов (динамика структуры). Это и физиологически упрочившиеся механизмы цепных безусловных рефлексов Павлова, и вся система его условных рефлексов.

В схеме Жана материалу Клагеса соответствуют аппараты *uninteressierte Aktivitat*, структуре и *Qualitat - Visceralreaktionen der Gefuhle* и *fonction du reel*. Берце свою "импрессиональную" область относит к корковым "енсорным центрам" и, таким образом, приравнивает их к материалу Клагеса, "интенционную" же сферу подчиняет особому высшему центру, который он помещает в подкорковых ганглиях, вероятнее всего в *thalamus*.

Все эти подразделения определенно показывают, что в настоящее время объяснить все особенности психической деятельности особенностями морфологии одной коры головного мозга невозможно. Прежде все психические функции локализовали в коре головного мозга и субстрат нервно-психических функций видели в особенностях строения нервных клеток и волокон, в их местоположении в коре мозга. Со времен Галля говорили о "центрах" психической деятельности. Флексиг первый обосновал это мнение данными эмбриологии и гистологии и различал два главных центра: 1) большой задний или теменно-височный центр, которому приписывал положительные знания, деятельность фантазии и 2) лобный, которому приписывал чувствующие и волевые акты. Однако, за последние десятилетия теория Флексига встретила резкие возражения со стороны главным образом Бродманна, Монакова и О. и Ц. Фохт. В настоящее время является несомненным, что разные участки мозга действительно имеют разного рода строение клеток и волокон: Бродманн выделил не менее 46 участков с различным строением клеток, а О. Фохт, принимая во внимание и строение волокон, выделил около 100 участков. Однако, о соотношении участков мозговой коры с определенными психическими актами в настоящее время, собственно, уже нет речи: отдельные участки, по современным воззрениям, являются местом дифференциации различных восприятий (анализаторы) или двигательных актов; психические же явления так сложны, что для их проявления требуется сотрудничество целого ряда слоев и центров и целого ряда химических и физических условий различных органов всего тела. "Морфологические элементы мозга представляют, как говорит Я с пер с, только одно из предварительных условий для психического функционирования (материал Клагеса), но кроме того требуется целый ряд других, не менее необходимых". Гохе также говорит, что локализируются в коре только чувственные восприятия и психомоторные явления различного рода, а все, что мы называем чувством, настроениями, эмоциями и т. п., не может быть приписано никакой части коры.

После работ Ц. и О. Фохт и др. авторов, которые открыли функции стриопаллидарной системы, после клинического изучения летаргического энцефалита мы должны придавать большое значение субкортикальным ганглиям и смотреть на них, как на своего рода центры, связанные не только с корой и другими отделами центральной нервной системы, но со всей вегетативной системой, а через нее и совсем организмом, и имеющие колоссальное значение в психической жизни.

В связи с этим приобретает большое значение и морфологическое изучение симпатической нервной системы, и желез внутренней секреции.

Работами Катценштейна, Бидля и др. установлена тесная связь эндокринных желез и вегетативной нервной системы, а исследованиями Маршана, Лангель-Лавастина, Дрезеля и др. эта связь подтверждена и морфологически. Английская школа (Ланглей) объединяет железы внутренней секреции и вегетативную нервную систему в одну нервно-гlandулярную систему, образующую вместе с подкорковыми центрами вторую "глубинную" (помимо

корковой) личность субъекта. Эта система регулирует сложные биохимические отношения организма со средой.

Регуляция отношений К и Са ионов, ионов ОН и Н, движение электролитов, обуславливающих способность организма к работе-все это является работой нервно-гlandулярной системы, которую Крауз называет "Unruhe des Organismus", т. к. от нее, как от конденсаторов, исходят колебания в электрическом напряжении, которое является выражением жизни организма. В этой системе заложены сложные двигательные механизмы, которые определяют...соответственно с особенностями его био-химических приспособлений к среде, целесообразные для организма двигательные ответы на эти био-химические условия, определяют его стремления (Triebe) и инстинкты. Внутри организма все эти особенности переживаются как эмоции, как чувство удовольствия или недовольства, как импульсивные влечения.

Таким образом, в настоящее время, говоря о морфологической основе психической деятельности, мы не можем ограничиться морфологией одной коры головного мозга и даже нервной системы вообще, но должны признать чрезвычайно важными изменения всех органов, всего организма. При рассмотрении психопатических особенностей, психозов мы также теперь имеем в виду, что это не только болезни коры полушарий мозга, как думали Мейнерт и Гризингер, а общее заболевание всего организма. В связи с этим становится понятным так широко развивающееся за последнее время стремление найти связь между психикой и телосложением вообще; становится понятным и идентичность соматической и психической конституции.

Иерархическую поступенность и подчиненность ряда построенных одна над другой нервно-психических систем доказывает и ход филогенетического их развития в ряде живых существ. Считают, что первым аппаратом, объединившим организм в одно целое и регулировавшим его реакции на внешний мир, были био-химические приспособления, которые постепенно вылились в эндокринный аппарат. В дальнейшем развилась симпатическая нервная система, регулирующая действие эндокринной системы, при чем, по выражению Перица, она была введена как орган сопротивления 1) и отсюда торможения химических влияний. Задачей введения сопротивления было не допускать, чтобы раздражения внешнего мира действовали на организм грубо и односторонне, смягчать их для лучшего сохранения системы.

Эффекторный аппарат, также, начавшись с простейшей рефлекторной дуги, постепенно усложнился развитием ряда аппаратов для более дифференцированного активного воздействия путем не простых рефлекторных актов, а сложных систем, прочно закрепленных цепных рефлексов (инстинктов 2)). В дальнейшем в regio hypothalamica, и особенно в corpus striatum, возник высший регуляторный аппарат, обуславливающий согласованность эффекторных двигательных аппаратов с эндокринной и симпатической системами, почему все главнейшие инстинктивные акты и влечения совершаются в тесной зависимости от химизма крови. На этом уровне развития внешние чувственные раздражения не играли непосредственной решающей роли при выполнении эффекторных актов; влечение и инстинктивное действие рождались как результат химических взаимодействий в указанных выше центрах. Инстинкт питания и самоутверждения личности пробуждался от чувства голода, определяемого голодным составом крови (Павлов, Мюллер); половой инстинкт пробуждался лишь в особые моменты под влиянием гормонов половой железы, инстинкт самозащиты, с чувствами гнева и страха, под влиянием гормонов адреналина (Кеннон) и т. д.

Работа субкортикального, стволового центра уже создавала некоторую низшую личность, низшее "я", создавала переживания (эмоции), покоящиеся на биологических реакциях.

При дальнейшем развитии организма надстраивается система дифференцированных органов чувств, развивается система более точных корково-мозговых анализаторов, воспринимающих не только грубые и непосредственные физико-химические воздействия окружающей среды, но и воздействия более сложные и отдаленные. Эти анализаторы разлагают раздражения среды на составные части, а пути эффекторные при помощи сложной системы переключений становятся способными к самым тонким ответам на мелкие изменения окружающей среды (аппараты больших полушарий головного мозга).

В несложных и однообразных, раз установленных условиях жизни примитивных животных было достаточно прочно зафиксированных механизмов, чтобы обеспечить содействие всех частей организма для сохранности жизни рода. Но когда условия жизни постепенно усложняются, часто меняются, когда все усиливается стремление живого индивидуума расширяться за счет господства над окружающей средой, вовлечь все большие сферы в круг воздействия "Я" организма, одних закрепленных, инстинктивных механизмов оказывается недостаточно, является необходимость, быстрого изменения их от случая к случаю: на каждое малейшее изменение должна следовать своеобразная новая реакция.

Если сравнить человека и простейших животных, то преимущество первого над вторыми заключается в том, что у человека имеется большая надстройка в виде сложных анализаторов и ассоциационных путей, дающих быструю изменчивость характера действий в зависимости от незначительного изменения среды. "Эту способность видоизменять направление сложных действий, менять стремления-говорит Мах-мы называем волей ... Нет никаких противопоставлений между волей и представлением: представления-суть продукт отдельных органов восприятий, воля- продукт совокупности всех представлений и окружающей среды".

Однако, все эти внешние анализаторы и ассоциирующие механизмы действуют на основе ранее выработанных более простых механизмов. Точно так же как вегетативная и симпатическая нервная системы являются органом объединения, торможения и регулирования эндокринной системы, так и кортикальная нервная система является органом объединения, регулирования, возбуждения и торможения сложной системы инстинктов, влечений, эмоций. Уже Клагес определяет высшую психическую деятельность, как соотношение влечений и силы задержек воли. Кречмер говорит о "целевом поведении", построенном на базе "примитивных гипобулических (влечения) и гипонейических механизмов".

Таким образом, помимо выделения отдельных сложных систем, необходимо понимание связи их друг с другом. Отдельные реальные акты поведения высших животных и человека обычно являются результатом действия не одного какого-либо элемента нервной системы, не одного какого-либо центра головного мозга, какого-либо инстинкта, какой-либо железы вн. секреции, какого-либо рефлекса, а всего организма и обычно проходят по всем этажам мозгового ствола одновременно. Особенно ясно это видно из изучения законов физиологии мозга.

Физиологические и динамические моменты простейшего одиночного рефлекса, открытого Пфлюгером на препарате обезглавленной лягушки, относительно просты, и работами Прохаски, Белля, Йог. Мюллера достаточно разъяснены: начальным моментом здесь является раздражение кожных покровов; а последним моментом сокращение вполне определенной группы мышц, непосредственно соединенных рефлекторной дугой с пунктом раздражения; но уже в работах Гольца при сохранении ствольных центров мы видим ряд очень сложных взаимоотношений и динамических законов. Эти законы особенно разработаны за последнее десятилетие Шеррингтоном. Здесь мы видим не только рефлексы одиночного действия, но и двойные или

обоюдные", которые Шеррингтоном названы "реципрокными": при раздражении, например, центrostремительного нерва сгибателя одновременно с сокращением этого сгибателя соответствующий разгибатель приходит в расслабленное состояние; раздражением центра сгибателя вызывается, стало быть, торможение центра разгибателя. Интересно, что разгибатель, расслабившийся при сокращении сгибателя, при прекращении раздражения не только приходит в прежнее состояние, но на некоторое время разгибание даже увеличивается, т.-е. вслед за торможением здесь наступает возбуждение. Еще интереснее, что возбуждение центра флексоров на одной стороне возбуждает центры экстензоров и на другой стороне, т.-е. получается уже не двойной, а четверной рефлекс. Таким образом, мы видим, что стволовые центры определяют образование цепей рефлексов, причем при единичном раздражении один рефлекс ведет за собой появление другого не менее важного, что происходит "индукция" от одного центра к другому, вызывая то торможение центров, то раздражение, в результате чего получается сложное, но единое движение.

По этому же принципу построены и работают еще более сложные объединения цепных рефлексов-инстинкты; среди них прежде всего пищевой, половой и самосохранительный (оборонительный) рефлекс-инстинкты. Здесь также один центр, будучи возбужден, по правилам индукции тормозит другие центры, но сообразно важности каждого рефлекса-инстинкта для сохранения жизни и сообразно филогенетической постепенности их образования можно, как думает И. П. Павлов, построить "иерархию инстинктов", так как при одновременном раздражении перевес всегда получается на стороне важнейшего для жизни. Подходя к экспериментальному изучению того, что раньше называлось борьбой инстинктов, И. П. Павлов доказал, что "пищевой центр надо считать сильнейшим физиологическим центром", он "может перетянуть к себе раздражения из других центров": он, например, господствует над оборонительным центром; раздражение пищевого центра приводит к торможению болевого центра: голодный не замечает боли и опасности.

Однако, эта иерархия подвержена значительным индивидуальным колебаниям. С увеличением числа обследованных в лаборатории И. П. Павлова животных стали попадаться особи, резко отличавшиеся от остальных наличием особых черт поведения, зависящих от присутствия некоторых им только присущих инстинктов или от преобладания индивидуально у них того или иного инстинкта.

Так, у собаки "Кальма" был обнаружен исключительно сильный агрессивно-защитительный рефлекс, у той же "Кальмы" и еще у "Усача" особый сторожевой рефлекс; у другой собаки "Меля", наоборот, особенно сильным был "пассивно-оборонительный" рефлекс: она стояла в станке "как каменная" и этой неподвижностью сильно отличалась от других собак.

Сам И. П. Павлов пишет по поводу собаки с резким активно-оборонительным рефлексом: "быть может здесь физиологи впервые попали на особь, у которой предки в ряду поколений пользовались неограниченной свободой".

Таким образом ясно, что у некоторых рас имеются особые врожденные инстинкты-рефлексы, им только присущие, у некоторых рас сильнее одни инстинкты, у других-другие и т. д. Стало быть, помимо общего изучения физиологических законов действия рефлекс-инстинктов необходимо и их генетическое изучение, и "иерархия рефлексов" существует не только общая для всех животных, но и своеобразная для отдельных рас.

Таким образом оказывается, что генетически определяются не отдельные простейшие морфологические элементы мозга, но и их сложные связи, проходящие по всем этажам мозга.

Над основным массовым пластом стойких, врожденных рефлекс-инстинктов с их законами взаимной индукции, законами так называемого "внешнего

торможения" образуется еще целый ряд "условных рефлексов", изучение законов которых составляет заслугу школы И. П. Павлова. Как показали опыты И. П. Павлова, образование этих условных рефлексов является результатом деятельности больших полушарий. Животные, лишённые полушарий, теряют способность образовывать условные рефлексы. Благодаря устройству в полушариях сложных, весьма дифференцированных воспринимающих аппаратов, анализирующих тонкие изменения окружающей действительности на далеком от животных расстоянии (звуковые, слуховые волны) и благодаря также очень дифференцированным эффекторным аппаратам головного мозга я еще более сложным законам их индукции, животное получает возможность тонко и быстро приспособляться ко всем изменениям окружающей действительности. Взаимодействие этих аппаратов устроено таким образом, что мозг все время представляет из себя постоянно меняющуюся "мозаику" возбужденных и заторможенных пунктов и управляемых ими аппаратов, при чем мозаика эта меняется от мгновенья к мгновенью в зависимости от меняющихся раздражителей внешнего мира и действительно дает возможность "схватывать действительность во всех ее формах". Но вся эта изменчивость условных рефлексов базируется на более стойких безусловных рефлексах-инстинктах, чем достигается одновременно и устойчивость устройства организма, и изменчивость его реакций по отношению к окружающему миру.

Основные законы условных рефлексов, как известно, таковы. Если одновременно с раздражением "безусловного рефлекса" будут часто возникать раздражения какого-либо из воспринимающих органов чувств головного мозга, то в конце концов и эти новые раздражения будут вызывать тот же эффект, что и специфическое раздражение, непосредственно вызывающее безусловный рефлекс. Например, пища, раздражая полость рта, вызывает выделение слюны; если одновременно с едой делать вспышку лампочки, звонок, пускать определенные запахи, то они после ряда повторений будут вызывать выделение слюны. Однако, в реальной жизни при массе одновременно появляющихся и постоянно меняющихся раздражений взаимоотношения получаются "очень сложные. Подобно тому, как при взаимодействии двух конкурирующих разнородных безусловных рефлексов наблюдается "внешнее торможение", так и при возникновении нескольких условных рефлексов, базирующихся на одном и том же безусловном рефлексе, возникает так называемое "внутреннее торможение", иррадиация и концентрация раздражения. Например, если мы начнем вызывать условный рефлекс на звук "до", то вначале нервный процесс захватит более обширную область, чем следовало бы: условный рефлекс будет получаться и на до, и на ре, и на си (иррадиация); но затем постепенно получится простая дифференцировка на до, а ре и си -затормаживаются. Вначале это торможение также распространяется и не получается реакции и с до, но через некоторое время (10- 20 м.), до начинает опять действовать, происходит концентрация торможения.

Кроме торможения и дифференцировки школой Павлова еще установлено: угасание, запаздывание, условное торможение. Угасание состоит в том, что на 10-15 испытаний условного рефлекса без подкрепления безусловным получается его исчезновение. Кроме этого раздражением условного рефлекса может быть не только физический агент, но и его след. Если мы дадим раздражитель, а затем через разные сроки (1-5-10-30-60-120 м.) будем его подкреплять едой, то с едой окажется связанным не сам раздражитель, а его следы-это "следовой рефлекс". Здесь внутреннее торможение препятствует несвоевременному появлению рефлекса. Наконец, условным торможением называется следующее явление: если вызвать условный рефлекс на явление А и затем иногда сопровождать это явление А новым явлением Х, при чем эту новую комбинацию А+Х не сопровождать подкреплением, то явление Х

становится тормозом и прибавка Х будет закреплена в качестве тормоза не только по отношению к рефлексу А, но и к другим условным рефлексам. Следует еще отметить, что процесс внутреннего торможения, как и процесс условного раздражения, подлежит в свою очередь торможению. Тормозами процесса внутреннего торможения - растормаживателями - являются все те агенты, которые являются и тормозами условного раздражителя.

При этом опять-таки расовые особенности играют большую роль в ходе и результатах этих процессов. Павлову удалось, например, доказать, что звуковые анализаторы собаки устроены таким образом, что она отличает звуки, разнящиеся между собой на 1/8 тона; мало того, собака может ориентироваться в области неслышимых для человека звуков (Бурмакин). Также тонко дифференцируются собакой запахи, формы, направление, скорость движения и степень освещения предметов: малейший оттенок тона прекрасно отмечается собакой и вызывает появление условных рефлексов. Однако анализ цветов, т.е. анализ длины световой волны, у собаки очень неполный: она не отличает, например, красного цвета от зеленого.

Точно также велики расовые отличия и по отношению к ходу торможения и возбуждения. При усиленном применении всех видов внутреннего торможения, при повторении их много раз подряд, наступает обычно сон, а усиленное раздражение вызывает состояние хаотической возбужденности, но от расовых особенностей животного зависит предрасположение к большему или меньшему уклонению в ту или другую сторону. Точно также расовой особенностью является и склонность к той или иной быстроте угасания условных рефлексов, той или иной способности к образованию следовых рефлексов, той или иной легкости образования условных тормозов.

Таким образом анатомами, физиологами, патологами сделано очень много для изучения строения и законов функционирования отдельных нервно-психических механизмов. Но мы уже знаем, что поведение всей личности является результатом весьма сложной взаимозависимости всех особенностей организма в целом. Личность нельзя понимать, как простую сумму отдельных функций; при объединении отдельных механизмов в общую систему личности получается совершенно новое и своеобразное функционирование системы как замкнутого целого. На основании изучения отдельных функций невозможно понять сложного поведения личности. Недостаточно изучать простейшие реакции, надо понять и сложные реакции всей личности. В патологии, напр., Крауз уже говорит о болезни личности, и не о болезнях отдельных органов. Конституциональная физиология и патология занимается изучением поведения личности как целого (характер). Правда, путем генетического анализа она разлагает многие конституции на составные части, на которые личность распадается в дальнейших поколениях, и стремится найти "примитивные конституции", но при этом вполне принимается во внимание, что каждая составная часть имеет свои индивидуальные особенности, и все же представляет не отдельную функцию, а свойство целого организма.

Конституциональный анализ также очень сложен, прежде всего потому, что каждая конституция имеет массу паратипических вариаций в зависимости от среды.

Заложенные в зародышевой плазме предрасположения - как говорит О. Гертвиг-обуславливают лишь тенденции организма, которые развиваются в признак только в конкретной обстановке внешней среды; к существующим факторам зародышевой плазмы должны присоединиться многочисленные внешние реализующие факторы, чтобы совместно, в процессе жизни создать реальные признаки". "Задаток не есть-говорит В. Штерн - луч жизни, который прямо и точно направляется к определенной цели, но лишь источник света определенного характера и силы; через ряд препятствий, через ряд усиливающих его силу агентов-внешних условий, уклоняясь, концентрируясь и рассеиваясь, преломляясь вследствие встречи с ними, проходит луч от этого

источника, прежде чем образовать реальные биологические особенности личности".

Мы знаем, что высота растения, величина листьев, вес семян значительно варьируют в зависимости не только от породы (зародышевых свойств), но и от питательности почвы, освещения, температуры, влажности и т. д.

Задаток определяет присутствие или отсутствие данной особенности и тот максимальный размах, до которого при известных благоприятных условиях могут развиваться данные особенности, но колебание между этими границами, образуя, так называемую, вариационную, модификационную кривую, зависит от окружающих условий. Лишь очень немногие, по-видимому филогенетически самые древние, признаки обладают малыми модификационными кривыми, и их изучение поэтому сравнительно просто; большинство же признаков дает резкие колебания.

Помимо внешних условий и в самом организме, представляющем собой объединение в единое целое всех особенностей, имеется много моментов, изменяющих характер выявления признаков. Выявление многих признаков требует предварительного развития, присутствия других признаков, развития других механизмов. В случае выпадения какого-либо признака или механизма, вследствие ли отсутствия его в зародышевой плазме, вследствие ли уничтожения возможности его проявления внешними условиями (болезни, механические повреждения), совершенно видоизменяется выявление и всех других связанных с ним признаков. Чем выше стоит данный признак, тем легче он видоизменяется от этих внутренних соотношений в организме, так как требует для своего выявления многих механизмов. Вследствие выпадения высших "особенностей, резко видоизменяется выявление всех связываемых им низших признаков: они, не координируемые высшими связями, уже не объединяются в общее целое, начинают действовать самостоятельно, действовать так, как они работали еще до образования высших центров, действовать "примитивно". Невозможность функционирования, например, высшей; *fonction du reel* Жана ведет к замене его низшими приспособительными механизмами: *uninteressierte Aktivitat*, инстинктивной жизнью влечений, аффектов и т. п.

Генетика учит, что слепого не обучишь письму красками, что человека, у которого нет необходимых задатков музыкальной одаренности, не сделаешь музыкантом. Никакой опыт и никакое воспитание не в состоянии создать какие-либо новые нервные механизмы, если их не дано от природы. И силы окружающей человека экономической среды формируют его поведение, используя именно существующие механизмы.

Но человек не только приспосабливается к среде, но и сам изменяет среду. Изобретая орудия и машины, он создает новые социально-экономические условия, новую среду, расширяет возможность модификации наследственных задатков и дает возможность при посредстве орудий многим из них выявляться в таких видах и размерах, которые были совершенно невозможны в иных условиях. Вся масса новых переживаний, новых целевых установок резко видоизменяет характер выявления задатков.

Человек с небольшими анализаторными способностями путем дрессировки, воспитания, путем технического окружения достигает такого их развития, при котором он оказывается выше обладающего гораздо большими наследственными способностями, но поставленного вне культурного, технического окружения. Предположим, что на о. Самоа родился ребенок, музыкальный гений которого подобен гению Моцарта. Что мог бы он сделать? Самое большее расширить гамму с трех до четырех или семи тонов и сочинить несколько более сложных мелодий, но он не мог бы создать симфонии, как не мог Архимед изобрести динамо-машину.

Следует еще указать, что техника и новые социально-экономические условия могут повести к обнаружению тех способностей, которые до того времени

были скрыты; возможно, что долгое время бывший неопределенным, неясным, обнаруживавшимся лишь, в одной форме признак с усовершенствованием технических и социальных возможностей его проявления оказывается более сложным, способным к расщеплению. Поэтому В. Геккер говорит о необходимости не только изучения всех возможных модификаций каждого гена под влиянием окружающих условий, но и об изучении генов с точки зрения истории их развития, говорит о "феногенетике". Феногенетика, возвращаясь регрессивно шаг за шагом к тем историческим промежуточным выявлению гена, к тем процессам, которые влияли на его развитие, пускает свои корни до возможно ранней степени развития, достигая той фенокритической фазы, того пункта, в котором в первый раз выявляется исторически развивающееся расхождение вариантов.

Таким образом, при изучении психической конституции нужно не только стремиться к выделению отдельных особенностей, к выяснению сложного их выявляющего механизма, расположенного в разных слоях мозга, не только к определению взаимозависимостей ген, к изучению структурной формулы всего организма, но и к изучению модификационных изменений в силе выявления генов в зависимости от окружающей среды, в зависимости от развития и целеустремлений социальной действительности, широко развивающей одни гены и задерживающей выявление других, к истории выявления ген и их развития.

1) Подобно тому, как удлинением проводников и их включением мы увеличиваем сопротивление электрической системы.

2) Морган определяет инстинкт как прочно зафиксированный, Охраняющий вид акт воздействия на окружающую среду.

ГЛАВА III. ЧТО ТАКОЕ ПСИХОПАТИЯ И ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ КОНСТИТУЦИИ

Психопатические конституции
Т.И Юдин

Теперь разберем, что надо понимать под термином психопатическая конституция.

Прежде термин психопатия идентифицировался с термином дегенерант. Морель первый связал эти два понятия и тесно соединил их с представлением о предрасположении, о прогрессирующей наследственности. Морель учил, что, следуя законам постепенного преобразования вида, дурные влияния, получаемые нервно-психической системой, проходя через ряд поколений, постепенно образуют своеобразный тип дегенеранта-психопата с новыми чертами, отличающими его от общего видового типа. Тоди в 1881 году идентифицирует понятие психопат-дегенерант и психопатическая конституция: "психопатическая конституция- говорит он-это первая ступень последующих психических расстройств в роду". "Эти прирожденные аномалии развиваются в течение жизни... пока на подготовленной таким образом почве не вспыхнет бред и психоз"...

Позже, школа Маньяна старалась отделить понятия "наследственное помешательство" и "дегенерация". Маньян считал, что в первом случае предрасположение вначале латентно, мозговое строение нормально, но хрупко, и лишь под влиянием болезненных причин, впоследствии, мозг регрессивно изменяется; наследственность здесь сходная (из психозов сюда относились: мания, меланхолия, хронический бред с систематическим развитием). Во втором случае - мозговое строение с рождения ненормально, это-стойкие, врожденные аномалии; наследственность тяжелая, но причудливая, трансформированная; дегенерация - явление патологическое, но не регрессивное; это - реверсивный (атавистический) тип. Сюда относились *folie lucide* старых авторов, бредовые острые вспышки, вспышки у дегенерантов, везании, обсессии, резонирующая мания, *folie persecutes persecuteurs*.

Это различие в дальнейшем вылилось в учение о резком разграничении психозов-процессов и психопатий: в первых здоровая: вначале личность разрушается процессом, во вторых - личность не разрушается, но от рождения своеобразно изменена.

Однако, это разделение с самого начала заключало в себе ряд неясностей: целый ряд авторов, признававших психозы - процессы, называли психопатиями также легкие, abortивные формы этих психозов. Бирнбаум называет психопатии "патологическими отклонениями легкой степени", Липман "патологическими отклонениями, которые не могут быть отнесены к категории вполне-развитых психозов, так как здесь недостает тяжелых симптомов ". Гаупп "психическими отклонениями на границе душевного здоровья и душевной болезни", Крепелин "неразвитыми, начальными стадиями настоящих психозов (unentwickelte Vorstufen wirklichen Psychosen)". С другой стороны, оказывалось неясным и самое понятие "процесс". "Едва ли всегда возможно - говорит Ясперс - точное разграничение между биологическим развитием, типом прогрессивной или регрессивной эволюции личности и болезнью-процессом. Каждая личность представляет в своем жизненном развитии известный процесс, каждая личность в течение своей жизни изменяется", имеет, как указал Гоффманн, свою "индивидуальную кривую". Психоз-процесс дает своеобразную форму течению развития личности, но не изменяет личность. Некоторые авторы (Молльвейде) такие психозы - процессы как dementia praecox стали объяснять своеобразной наследственной особенностью развития жизни мозговой ткани (быстрая отживаемость). Таким образом нельзя согласиться с Бумке, который думает, что принять возможность постепенного перехода от нормы к органическому процессу - является "бессмыслицей".

Наконец, многие авторы стали понимать под психопатиями: своеобразные случаи недоразвития личности, при которых, благодаря недостатку или ослаблению высших механизмов, на сцену выступают древние защитные механизмы, используются древние инстинктивные и эмотивные реакции или в лучшем случае архаически примитивные формы мышления.

Таким образом постепенно начинают сглаживаться границы не только между психозами-процессами и психопатиями, но и между психопатиями и органическими повреждениями мозга, тогда как вначале эти понятия, казалось, были настолько противоположными, что вовсе не предполагалось возможности их смешения, т.к. считалось, что органические психозы зависят от внешних причин, психопатии от вырождения и наследственности. В настоящее время, как говорит Шнейдер, "уже прошло время, когда органический психоз и вырождение ставили как дилемму". Органические поражения также ведут к обнаружению примитивных, до сих пор скрытых особенностей (Майер-Гросс), благодаря разрушению, возникают такие диссоциации личности, что ее приходится признать психопатической, так как ее форма приспособления к реальности не соответствует форме приспособления у лиц со здоровым мозгом.

Крепелин определяет психопатов как "неудачные личности, развитие которых повреждено неблагоприятной наследственностью, неправильным развитием зародыша или ранней задержкой развития". К этому теперь надо прибавить, что психопатии вызываются не только ранней задержкой развития, но и позднейшими изменениями хода выявления личности вследствие органических заболеваний мозга.

Само собой разумеется, что органические разрушения могут выявить лишь те особенности, которые были генотипически заложены в личности. И таким образом понятно, что в настоящее время говорят о конституциональных особенностях уже при всех решительно психопатических реакциях. Экзогенные факторы являются только вызывающим моментом (Auslösung) того, что уже дано. Бирнбаум говорит, что в настоящее время нельзя определять

психоз, как продукт мозгового процесса, но как взаимодействие мозгового процесса и всей личности. Даже Крепелин теперь говорит, что внешнее выражение душевной болезни получается вследствие выявления раз навсегда заложенных механизмов в человеческом организме, которые обнаруживаются всякий раз, когда даны для этого условия, все равно какого бы внешнего вида эти условия ни были. Всякая болезнь есть результат соотношения идиотических сил организма и вызывающих болезнь внешних причин.

Таким образом, мы видим, что в настоящее время к психопатическим конституциям надо отнести всю область патологических реакций, различая в этих реакциях генотипическую основу, внешние влияния и вызывающий момент.

Возникает только вопрос, какие психические реакции называть патологическими. Еще Мёбиус указал, что понятие "патология" - это понятие ценности (Werturteil); Хюппе говорит, что понятие "болезнь" в сущности зависит от признания тех или иных норм социального или имманентно-телеологического характера; Крепелин называет болезненными "явления, которые мешают достижению общих жизненных целей"; Кох называет патологическими (психопатами) те личности, которые "составляют тягость и обременение для самих себя или для общества"; Шнейдер - "кто или сам страдает или заставляет страдать общество": Видьманс - тех "кто нуждается во враче, или является преступником" и т. д.

При таких определениях, вполне естественно, понятие патологического (психопатического) носило резко субъективный характер, и на все то, что почему-либо индивидуально казалось чуждым, непонятным, что желательно было социально обесценить, легко накладывался штемпель "патологического". Лучший пример такого субъективизма в этом отношении представляет книга Нордау "Вырождение", в которой он все ненавистные ему литературные и художественные направления (Ибсен, Вагнер, Толстой) включил в группу вырождающегося, больного. Далее, благодаря этому, все свободное от традиций, все носящее на себе печать оригинального также попадало в патологическое. Наконец, благодаря тому, что понятие патологического связывалось с нормами социальной ценности, - оно носило и классовый характер. Уже Шнейдер, например, указывает, что "своеобразный человек, который руководит революционной группой, для одних будет разрушителем, для других созидателем, творцом, и, таким образом, одними будет причислен к психопатическим индивидуальностям, другими к самым здоровым". И, действительно, еще в 1848 году Гроддек описал особую "morbus democraticus"; в еще более сильной форме ожило это стремление в настоящее время, и мы видим в немецкой литературе немало работ по "патологии" революционных вождей.

Кроме того, одни и те же особенности (напр., предприимчивость, живость, подвижность психики) в одних социальных условиях поведут к преступности, в других - к весьма социально-полезным действиям и также будут рассматриваться то как признак здоровья, то как признак патологический.

Мы в данной книге психопатическими назовем лишь те психические реакции, которые входят как генетические компоненты в резко выраженные психозы, ведущие к несомненной и полной неспособности к жизни в обществе, к полной потере работоспособности.

С точки зрения социальной ценности эти формы психических реакций сами по себе могут получить и положительную, и отрицательную оценку, но они являются, с нашей точки зрения, патологическими потому, что составляют часть тех конституций, которые predisposing к резким психическим явлениям, ведущим к невозможности продуктивно работать.

Среди крайне сложных и многообразных типов поведения личности крайне трудно выделить самые важные и типические черты отдельных характеров, но в психозах природа дает нам как бы естественный эксперимент в этом

направлении. Психиатрам удалось благодаря психозам выделить типические черты ряда патологических характеров, принимая при этом во внимание и все другие биологические особенности личности. Эта биологическая база, данная психозами, биологически-клиническая группировка психических проявлений и дальнейшее наследственно-генетическое изучение отдельных рядов этих проявлений позволили понять биологическую структуру целого ряда сложных психических реакций личности и выделить в известные биологические группы людей с особыми механизмами психики. В этом ценность изучения психопатических конституций для понимания психики человека вообще. До сих пор деления сложных психических проявлений в большинстве базировались на спекулятивных философских соображениях, психиатрия дала впервые возможность биологического изучения сложных психических реакций.

Изучивши проявления личности душевно-больного и проследивши в его семье на основании Менделевских законов наследственности 1), на какие части, какие характеры расщепляется эта личность, мы постепенно обнаружим большую серию биологически обоснованных типов характера, типов сложных психических реакций всей личности.

1) В этой книге излагать методику и теоретич. основы менделизма мы не имеем возможности. Незнакомых с ними мы отошлем, хотя бы к книге Филиппченко: "Наследственность", где приведена и главнейшая литература предмета.

ГЛАВА IV. КОНСТИТУЦИЯ ШИЗОИДНОГО КРУГА Психопатические конституции

Т.И Юдин

Самой распространенной душевной болезнью, несомненно, является шизофрения, и потому наше рассмотрение психопатических особенностей, на почве которых вырастают душевные болезни, мы начнем с психопатических конституций, так или иначе связанных с шизофренией.

Крепелин, первый выделивший шизофрению (*Dementia praecox*) как нозологическую единицу, как определенную болезнь со своеобразным течением и исходом, наиболее характерной ее чертой считает, прежде всего, более или менее далеко идущий распад психической личности, главным образом в области чувств и воли, при хорошей сохранности способности понимания и рассуждения. Болезнь выражается, главным образом, в ослаблении эмоционального тонуса, тупом безучастии, равнодушии к окружающему, близким, своей собственной судьбе; в отсутствии желаний, стремлений; потере психической подвижности. Вместе с тем обнаруживаются взрывы раздражительности или нелепой веселости, немотивированные вспышки возбуждения, упрямство - негативизм, манерность, чудачества, однообразие поведения. Все это часто сопровождается галлюцинациями, бредовыми идеями. Берце считает главным симптомом шизофрении недостаток психической активности при извращенной аффективности. По своему течению шизофрения-по Крепелину-болезнь всегда прогрессивная (прогрессивность или постепенная, или приступами), кончающаяся той или иной степенью вышеуказанного типа отупения, распада психики.

Крепелин относит шизофрению к классу "психозов, развивающихся вследствие внутренних болезненных процессов в организме" и как болезнь - процесс противопоставляет ее болезням, относящимся к группе "конституциональных душевных расстройств". Однако, уже давно отмечен целый ряд обстоятельств, говоривших, что возникновение шизофренического процесса подготавливается особым предрасположением.

1) Прежде всего, до заболевания у многих будущих шизофреников наблюдали (Вильманс, Штельцнер и др.) своеобразные особенности поведения. Риттерсгауз, исследуя 59 случаев шизофрении из Гамбургской больницы, у которых имелся достаточно полный анамнез, нашел у 70% пациентов

совершенно точно констатированные странности характера до заболевания, а еще в 10% такие странности надо было признать вероятными. Шульце отмечает особенности поведения до заболевания у 50-70% шизофреников, Карпасу 68% и т. п.

Сам Крепелин также отмечает это, при чем указывает, что в большинстве случаев особенности характера в этих случаях могут быть описаны так: у мальчиков-тихий, робкий, несколько отсталый, не склонный к товарищескому общению с другими, живущий только для себя, а у девочек- возбудимая, чувствительная, нервная со своенравием и склонностью к фантазиям и лицемерию. В известной, хотя и меньшей части случаев, особенно у мальчиков, наблюдаются несколько иные особенности: дети не хотят работать, ни на чем не останавливаются, склонны к бродяжничеству и дурным проказам; с другой стороны, в противоположность этой группе, наблюдаются случаи, также чаще у мальчиков, когда дети отличаются крайним послушанием, какой-то чрезмерной скромностью, кротостью, добросовестностью, прилежанием и аттестуются обычно как "образец скромности и послушания".

2) В дальнейшем было отмечено, что в тех же семьях, где имеются и настоящие тяжелые шизофреники, наблюдаются и легкие формы, нередко без прогрессивности течения. Берце в 1909 г.

говорит: "из общения с родителями больных dem. praesox мы знаем, что среди них часто встречаются если не выраженные формы dementiae praecoxis, то все же люди с особенностями

характера более или менее напоминающими dem. praesox, в особенности если принять во внимание легкое или даже едва заметное выражение болезни". Берце полагает, что "помимо вполне выраженных форм dem. praesox в семье больных встречаются психопатические состояния, которые должны быть признаны выражением особого предрасположения - "Praesox Anlage". Санди (1910) также отмечает среди родственников dem. praesox чаще психопатические личности, чем определенную душевную болезнь: Эльмигер (1917) нашел в 30% у отца или матери шизофреников изменения характера. "Возможно - говорит он, - что эти особенности родителей и ведут к образованию шизофрении у детей". Все эти особенности характера в семьях шизофреников он называет "шизоидными".

Вполне естественно, что в результате этих наблюдений появилось, стремление: 1) изучить более точно психологическую картину этих "шизоидных" характеров, 2) более точно определить, какое отношение эти шизоиды имеют к шизофреническому процессу и 3) изучить, обязательно ли для возникновения шизофрении присоединение к шизоидным особенностям органического процесса или, как это позже выразил Кречмер, "шизофрения есть только заострение, уродливая форма шизоидного характера".

Наиболее простое разрешение всех этих вопросов дал в своей монографии о шизофрении в Ашаффенбургском руководстве по психиатрии Блейлер. Он широко раздвинул рамки понимания шизофрении, ввел в самое понятие шизофрении, как таковой, и всех психопатов и все легкие формы. Симптомы дементности, отупления-по Блейлеру-вовсе необязательны для шизофрении; шизофренические психозы могут протекать то хронически, то в виде отдельных приступов, всегда могут остановиться в своем развитии и даже обнаруживать возврат к прежнему состоянию. По Блейлеру существует целый ряд переходов от шизофрении к нормальной психике по всевозможным направлениям; скрытых форм шизофрении с маловыраженными и разнообразными симптомами много больше, чем несомненно явных. Между болезненными явлениями и индивидуальными взглядами и переживаниями шизофреников существует самая тесная связь.

Определив так шизофрению, Блейлер дал блестящее описание психики такого шизофреника - шизоида. Главной особенностью шизофреника, по Блейлеру,

является своеобразие мышления, чувствований и отношения к внешнему миру. Внутренняя жизнь приобретает у шизофреника преобладание над фактами внешнего мира. Они уходят в себя (аутизм), с окружающим миром как бы не считаются, при этом собственный мир для шизофреника обладает той же реальностью, как и мир действительный. В мышлении шизофреника отмечается своеобразное расщепление единства личности: ассоциации теряют свои обычные связи, отчего, с одной стороны, происходит своеобразный хаос толпящихся мыслей, паралогическое мышление, а с другой-известная беднота мыслей - моноидеизм. Возникновение аффектов также крайне капризно (паратимии); шизофреники склонны к "амбивалентности", т.е. одновременному ответу и положительного, и отрицательного характера: они одновременно и любят, и ненавидят; и здоровы, и больны; то апатичны, готовы годами лежать, то выявляют отсутствие задержек, влекущее за собой распушенность; в некоторых случаях шизофреники становятся настойчивыми и годами добиваются того, что взбрело им в голову; соединение слабой воли и упрямства является типичным для шизофреников.

Исходя из этого психологического построения Блейлера, Кречмер в 1921 г. в своей книге "Телосложение и характер" раздвинул еще шире понятие шизофрении и шизоидности и заговорил о "шизоидном" и "шизотимическом" характере у всех, кто не вполне принимает реальную действительность, живя внутренней созерцательной жизнью, всех, кто имеет какое-либо психологическое соприкосновение со свойственным шизофрении аутизмом, у кого настроение колеблется между раздражительностью и апатией. Все необщительные, сдержанные, лишенные юмора люди; все застенчивые, тонко-чувствующие, друзья книги, созерцатели природы, не энергичные, а с другой стороны, все холодные, стойко преследующие свои цели "фанатики", все оригиналы и чудачки, "никчемные бездельники" - все это вошло в широкий шизоидный круг. Отношение этих характеров к болезни шизофрении, по Кречмеру, таково: "Шизофрения в шизоидах (психопаты) имеет свою abortивную форму и в "шизотимиках" (здоровые) свой характерологический рудимент или свое широкое биологическое выражение".

Всех людей Кречмер разделяет на две больших категории шизоидов и циклоидов, при чем позже некоторые авторы, особенно Блейлер, стали говорить, что, повидимому, чистых шизоидов мало, большинство людей обладает теми и другими элементами. "Шизоид - по Блейлеру - это тип психической реакции, который у каждого имеется в той или иной степени" "Надо спрашивать относительно каждого человека не о том, шизоид он или нет, а насколько он шизоиден".

Блестящее описание Кречмерой психологических черт его шизоидов много дало в смысле более тонкого выяснения отдельных черт человеческого характера вообще, оно всколыхнуло психиатрическую мысль широтой концепции, но, если шизоидное есть у каждого человека, то, в конце концов, как говорит Бумке, "название шизоид просто подставляется вместо понятия человек, и все сводится к тому, что и у шизофреников есть некоторые общечеловеческие черты". Для более точного конституционального или клинического анализа психопатических конституций такое широкое понятие непригодно.

Поэтому вполне понятно, что Блейлеровское понятие шизофрении и особенно Кречмеровские концепции вызвали ряд критических замечаний. Эвальд, Бумке, Берце особенно резко протестовали против такого расширения понятия "шизоидности". Бумке прямо говорит, что шизоид Кречмера и близко примкнувших к нему Гоффманна и Кана - искусственная конструкция, которая ничего не дает для понимания основ шизофрении, и что надо искать такого "шизоида", который не был бы у каждого человека. Эвальд говорит, что шизоид Кречмера - это сборное понятие для всех вообще особенностей

характера. Берце указывает, что понятие "шизоид" Еречмера интересно только с психологической описательной стороны и мало что дает со стороны биологической.

Впрочем за последнее время и сам Кречмер в книге "Veranlagung zu seelischen Sto'rungen" пишет: "Большая разница говорить, как это делаю я, Блейлер и др., что то, что в психопатологии называется шизоидом, и в нормальной психологии имеет свои параллели, или утверждать, что в самой психопатологии надо расширить понимание шизоида. Часто и в других психопатиях имеется шизоидное ядро, но из этого не следует, что надо всех этих неврастенических, истерических психопатов, фантастов и т. п. включать в группу шизоидов. Шизоидными психопатами мы называем только тех, у кого имеются точные определенные психические, телесные и генетические черты; у нас в клинике только для нехмногох психопатов употребляется термин "шизоид", иначе он теряет всякий смысл".

Поэтому-то многие авторы для выяснения принадлежности известных психопатов к шизофрении и обратились к изучению наследственно-биологических связей при шизофрении, а не к изучению психологического сходства отдельных черт темперамента или характера. Первым серьезным исследованием наследственно-биологических основ шизофрении, основанном на правильном применении менделизма, несомненно является работа проф. Рюдина "Zur Verer-Irang u. Neuentstehung der dementia praecox" (Springer. 1916).

В этой работе, опирающейся на обширный и точный клинический материал (701 семья шизофреников), Рюдин пришел к заключению, что шизофрения определяется двумя парами рецессивных ген.

Относительно рецессивности болезни шизофрении сейчас согласны почти все авторы. Рюдин приводит такие доказательства рецессивности: 1) чаще всего мы видим шизофрению у детей видимо здоровых родителей (DR x DR), при чем она никогда не наблюдается одновременно у детей, имеющих лишь одного общего родителя, у Stiefgeschwister; 2) только небольшая часть потомства от брака, где один из родителей шизофреник, страдает шизофренией; 3) случаи шизофрении, проходящей через 2-3 поколения подряд, наблюдаются редко; 4) при шизофрении господствует боковая наследственность; 5) общее правило доминантного наследования "einmal frei - immer frei" совершенно неприменимо к шизофрении.

Относительно зависимости от двух пар ген имеются в работе Рюдина такие доказательства. Число детей, страдающих шизофренией, в поколении видимо здоровых родителей (DR X DR) оказалось на его материале равным 4,48%, а не 25%, как это было бы при моногибридной рецессивности. Число 4,48% близко к 1/16, т.е. числу, соответствующему в менделевских пропорциях дигибриднему расщеплению. Те же результаты получил Э л ь м и г е р, изучив 372 семьи, Цоллер-356 семей, Виммер-202 семьи. Гоффманн то же подтверждает исследованием потомства 58 семей (с 127 детьми), где один из родителей был шизофреник (RR x DR или RR x DD).

Если считать шизофрению зависящей от двух пар ген, то, очевидно, в семьях шизофреников, помимо чистых гомозитных рецессивных форм, содержащих оба рецессивных гена и выявляющихся в виде шизофрении (шизофренической конституции) должны иметься и гетерозиготные формы, содержащие лишь один из рецессивных генов по формуле:

$9XY:3Xy:3xY:1xy$

Вполне естественно считать, что эти гетерозиготные формы внешне и выражаются в форме "шизоидных" психопатов, которые нередко встречаются в семьях шизофреников. Однако, эти психопаты, имея только часть патологического шизофренического ядра, вовсе не должны по своей психологической картине точно соответствовать шизофрении, они от нее должны отличаться не только количеством, но и качеством, хотя, несомненно,

именно эти психопатии являются

такими формами психических конструкций, на основе которых возникает шизофрения. Генетически рассуждая, несомненно также, что в семье шизофреников мы должны иметь три качественно различных конституции: гомозиготную рецессивную - "шизофреническую конституцию" и две различных гетерозиготных "шизоидных" (Ху и хУ). Задачей клиники является достаточно точно определить и описать фенотипическую картину этих форм и объяснить, каким образом при соединении гетерозиготных форм возникает прогрессивная болезнь.

Разберем первым вопрос о прогрессивности, о неблагоприятном течении шизофрении, приводящем к дефектному апатическому состоянию.

1. Кан думает, что неблагоприятность, прогрессивность хода болезни обусловлена присутствием особого "гена процесса", который присоединяется к гену шизоидности. Кан признает, что шизофрения - болезнь рецессивная и по его мнению эта рецессивность есть именно следствие присутствия "рецессивного гена процесса"; шизоидность же, которую он понимает также широко, как Кречмер и Блейлер, по его мнению, признак доминантный, так как она встречается очень часто, почти у всех людей. Однако, помимо того что вообще с биологической точки зрения непонятно, что такое особый ген процесса (процесса безотносительно, не развития какого-либо определенного свойства, а развития вообще), этот ген никак не может уложиться в те менделевские пропорции, которые фактически получены при шизофрении Рюдиным и др. авторами. Гоффманн, также как и Кан, предполагающий, что шизоидный фактор существует почти у всех людей, для объяснения этих пропорций вынужден был ввести не только условный фактор-проявитель, обнаруживающий болезнь, но и фактор задерживающий. Вообще, хотя некоторые авторы и присоединяются к Кану (Шнейдер, напр.), построение генетической формулы при признании его предположений оказывается таким сложным, что нам думается простое построение Рюдина гораздо приемлемее уже по одной своей ясности, тем более, что и Кану все его построение понадобилось главным образом потому, что среди 8 семей, когда оба родителя были шизофреники, он нашел одну, где не все дети были шизофреники. Это, правда, противоречит схеме Рюдина (RR X RR дает только RR), но встреченное только в одной семье из восьми - оно может быть объяснено иначе: и внебрачностью детей, и неправильностью диагноза у одного из родителей и т. д.

2. Генетически рассуждая, постепенное усиление какого либо признака может быть только или результатом модификации выявления того же гена в зависимости от внешних условий, или результатом зависимости признака от различного числа гомомерных ген. Однако, тип наследования при шизофрении, как согласны все исследователи (в особенности много об этом говорит Гоффманн), никоим образом не соответствует типу гомомерного наследования.

Следовательно постепенность в выявлении шизофрении зависит от внешних условий и есть паратипическая вариация. Рюдин также думает, что степень развития dementia praecox определяют факторы, которые не имеют отношения к генотипу, а зависят от "Milieu". Но особенно подчеркивает значение окружающих условий (экзогенных факторов) Бумке, при чем он вполне последовательно и причину тяжести отдельных форм шизофрении видит в силе этих экзогенных влияний. С точки зрения Бумке, к которой присоединяется также Берце, препсихотический характер шизофреников в большинстве случаев есть выражение уже имеющегося начального легкого процесса, он есть "verkappte Schizophrenie": собственно нельзя его и называть препсихотическим, а правильнее психотическим или даже постпсихотическим. Такое же мнение о ранних особенностях поведения шизофреников высказывал уже давно и Крепелин. Если это так, то с

генетической точки зрения это только меньшее паратипическое выявление того же признака (или признаков), которые ярко выявляются на вершине болезни.

Психопатами эти типы могут быть названы только в смысле Бирнбаума, Липмана, Гауппа, которые под психопатами понимают легкие, неярко выраженные формы психозов. От шизоидов, у которых совершенно иная генная структура, они должны резко отличаться. Берце считает, что главным различием шизоидного (гетерозиготного) психопата от шизофренического (легкие формы шизофрении - *verkappte Schizophrenie* Бумке) является то, что шизоид при всех своих особенностях продуктивен, даже чрезмерно продуктивен, богат импульсами, шизофренический психопат непродуктивен; шизоидность можно назвать "Hyperphrenie", шизофреничность, даже когда она слабо выражена, "Hypophrenie". Клод предлагает шизофренических психопатов называть в отличие от шизоидов "шизоманами", Берце сохраняет за ними название *dementia praecox simplex* и т. д.

Что касается тех экзогенных условий, которые благоприятствуют выявлению шизофренической (не шизоидной) конституции, то здесь в настоящее время предполагаются имеющими значение следующие.

1. Многими авторами (Шульце, Цингерле и др.) уже давно отмечено, что в мозгу больных *dem. pr.* часто наблюдаются различные степени пороков развития мозга: асимметрии, аномалии гистологических структур. Нередко пациенты, впоследствии заболевающие тяжелой *dem. pr.*, с самого рождения отличаются значительной отсталостью. Хотя и трудно отличить, является ли это слабоумие результатом пороков развития мозга или результатом самого процесса *dem. praecox*, ярко выразившегося уже в детстве и в более позднем возрасте лишь дающего новую вспышку (о том, что такое слабоумие может быть результатом *d. pr.*, говорят Крепелин, Хеллер и др.), однако все же отметить и первую возможность не мешает, особенно если принять во внимание, что в семье шизофреников нередко наряду с шизофренией наблюдаются типические случаи идиотизма, что, напр., при маниакально-депресс. психозе наблюдается крайне редко.

Нередко *dementia praecox* наблюдается у близнецов, в особенности у однояйцевых (Суханов, Юдин и др.), самое возникновение которых свидетельствует о неправильном развитии зародыша.

Таким образом первой причиной резкого проявления *dem. pr.* являются все моменты, ведущие к неправильностям развития больших полушарий мозга (*Keinischa'digung*) и вообще дефектная организация коры головного мозга.

2. К этому же роду вредных причин принадлежит, повидимому, и сифилис родителей. Ключев отмечает, что в 41,6% *dementiae praecox* имелись признаки врожденного люэса. Пильц, Крепелин, Берце, Режио, Суханов отмечают, что *dementia praecox* наблюдается нередко у детей прогрессивных паралитиков.

Правда, в новейшее время Меггендорфер пришел к другому результату: среди 208 детей паралитиков он не нашел ни одного шизофреника. Шахерль среди 52 детей 31-го паралитика нашел лишь 2 случая *dem. praecox*. Кольб в 28 семьях лишь 4 шизофреников, Керер в 24 семьях лишь 1 шизофреника. При этом последние авторы особенно подчеркивают, что помимо прогрессивного паралича родителей в этих семьях были в боковых линиях настоящие шизофреники. Однако, эти цифры не меняют сущности дела, так как мы думаем, что сифилис имеет лишь паратипическое значение для выявления шизофрении: сифилис, повреждая полушария головного мозга, регулирующие примитивные шизофренические механизмы, лишь содействует их большему обнаружению.

3. Рюдин отмечает более частое появление шизофрении от родителей алкоголиков: вместо средней цифры всего его материала - 4,48% шизофреников из всех братьев и сестер, в семьях, где один

из родителей был алкоголик, шизофреников оказалось - 7,8%), а в семьях, где оба родителя алкоголики-14,81%. Крейхгауер у 1/3 шизофреников нашла родителей алкоголиков. Штоккер, Гретер, частью Урштейн, Э. Майер и др., указывают, что и личный алкоголизм часто вскрывает бывшую до того латентной шизофрению. Виттерман говорит, что присоединение алкоголизма ведет к особенно тяжелым формам шизофрении с быстрым ослабоумливанием и социальной опасностью.

4. Французские авторы (Дюпре, Ланьель-Лавастин, Холос), а также некоторые русские (Алфеевский, С. П. Петров) и в новейшее время Г. Гоффманн с его "paraphrenia phymatosogenes" 1) придают большое значение в развитии (паратипическом выявлении) шизофрении туберкулезу. Абели на последнем съезде французских психиатров в Париже (28/V-4/VI-25 г.) в 60% dem. praesocis нашел туберкулезное прошлое, причем туберкулез обычно предшествует dementia praesocis.

Вигуру и Нодашер, Блейлери многие др. говорят о таком же значении инфекционных болезней, в особенности тифа и скарлатины. По Крепелину 10% всех шизофреников пере несли тяжелую инфекцию.

Такой же характер усиления паратипических выявлений шизофренической конституции носит, повидимому, и неправильное функционирование желез внутренней секреции, в особенности

половых.. Уже старые авторы отмечают, что среди больных dementia praesocis чаще, чем среди здоровых, встречаются евнухоиды и инфантилики. Кречмер среди шизофреников нашел 20%

диспластиков. Фишер рассматривает гебефрению как результат гипертиреозидизма, а кататонию как результат гипотиреозидизма. Четверть случаев кататонии и 1/10 гебефрении у женщин связаны с беременностью и родами.

То обстоятельство, что при искусственной кастрации или при кормлении препаратами желез не удастся вызвать шизофрению, а также, что не все субъекты с расстройством желез внутренней секреции заболевают шизофренией, доказывает, что неправильность деятельности эндокринных желез является лишь модифицирующим, а не создающим шизофрению фактором. Для возникновения шизофрении нужны специальные гены, а нарушение работы желез в известных случаях лишь создает благоприятные условия для более сильного проявления этих ген и для прогрессивности болезни, как и всякие другие токсические моменты, поражающие головной мозг и его механизмы, тормозящие выявление примитивных шизофренических механизмов.

Переходя теперь к тем двум типам психопатии, которые, встречаясь в семье шизофреников, не могут быть причислены к абортивным формам шизофрении, и которые, согласно Рюдинской генетической гипотезе, следует считать гетерозиготами, содержащими только один из шизофренических ген, мы должны, заметить что еще до исследования Рюдина Бовен (1915 г.) указал, что среди шизоидных психопатов часто наблюдается два противоположных типа (Gegensatzpaaren): с одной стороны - лица с тупыми, настойчиво капризными, часто аморальными чертами характера, которые "переоценивают себя, игнорируют окружающий мир", а с другой-натуры очень чувствительные, тревожные, "не переносящие обычных, мелких жизненных тревог, которые ранят их до самой глубины души". В этой двойственности типов с генетической стороны мы должны видеть выражение присутствия двух разных шизофренических генов, с одной стороны генов-хх, а с другой-уу.

Кречмер, Гоффманн, Блейлер позднее более точно описали намеченные Бовеном типы. Кречмер в своих книгах "Der sensitive Beziehungswahl" и "Медицинская психология" по силе выявления психической энергии различает стенические и астенические характеры, и шизоидов первого типа

Бовена относит к стеникам, а второго - к астеникам, но кроме того он говорит о возможности смешения стенического и астенического характера у одного и того же лица, при этом получаются типы экспансивный и сенситивный.

Для сенситивного типа по Кречмеру характерны повышенная впечатлительность и аффективная окраска представлений, при хорошей интрапсихической переработке, но недостаточной способности отреагировать их в действии. Все переживания остаются внутри, вызывают чувство недовольства, при этом виноватыми сенситивные обычно считают самих себя. Стенический момент у сенситивных выражается в большой самооценке, которая и выражается в своеобразной гордости: "прощаю все другим, но не прощаю себе"; в столкновении с окружающим они при своей мягкости, ранимости, не могут удовлетворить своему самомнению и потому чувствуют себя обиженными, преследуемыми, и их энергия уходит внутрь, против себя - самообвинения, скрупулезная этичность (Gewissenmenschen Коха), часто склонность к комплексам.

Сенситивные - это "те чувствительные натуры, которые не только чрезмерно глубоко переживают впечатления, но особенно тихо и продолжительно перерабатывают их в себе без того, чтобы что-нибудь было заметно снаружи". Особенно часты у них сексуально-этические конфликты. Сексуальные фантазии, извращенные желания приводят их особенно часто к внутренней борьбе с победами и поражениями, которые ими особенно тяжело переживаются.

По мнению Берце также, если в случаях психопатий, встречающихся в семьях с шизофренией, исключить все случаи, которые могут быть отнесены к *verkappte Schizophrenie*, то среди остальных можно прежде всего выделить довольно ясно большую группу *sensitiven u. hypochondrisch-nervösen* 3).

Понимание психопатических реакций этой группы становится возможным, если обратить внимание, что поведение обуславливает здесь не повышенная аффективность, а, как называет Берце, "особая готовность мыслительной деятельности к повышенной апперцептивной возбудимости". Имея, говорит Берце, некоторую аналогию с маньякальным состоянием эти лица по существу являются, можно сказать, противоположностью маньякальным: текучести, неполноте, поверхностности маньякального мышления здесь противопоставляется цепкость, односторонняя углубленность; беспорядочности мысли, легкомыслию маньяков здесь противопоставляется стремление принимать во внимание все мелочные детали, склонность к своеобразной принципиальности и слишком серьезному отношению к мелочам. Но как и в маньякальном состоянии внимание привлекается здесь ко всем вещам пассивно, не направляясь. Отдельные мысли, как скоро они случайно попали в сферу психического восприятия, продумываются со всех сторон, ведут к скачке апперцепции, к тревоге, создается неспособность к отвлечениям на правильный путь, к объективному обсуждению обстановки. Получается повышенная самооценка, переоценка собственных мнений, суждений, заключений и недооценка результатов мышления других. В результате - неумение считаться с окружающим, корректировать свои стремления с действительностью. Всякое событие, не соответствующее их внутреннему переживанию (а таких оказывается большинство), вызывает чувство недовольства. Все кажется жестоким, бессмысленным, отсюда - гиперэстезия, но при неприятии всего чуждого своей личности.

Берце ничего не говорит о втором типе Кречмера, об "экспансивных" психопатах; у него они вкраплены в его сенситивный тип, и такого ясного подразделения, как у Кречмера, у Берце не имеется, но, несомненно, сенситивные и экспансивные типы, имея нечто общее, резко друг от друга отличаются и наш клинический опыт учит, что экспансивных психопатов также не мало в семьях шизофреников. Многие авторы отмечают в генеалогии шизофреников людей раздражительных, злобных, упрямых, придиричливых.

Крепмер характеризует экспансивных людей как лиц с "цепкой впечатлительностью и активным стремлением, не сдерживаемым ничем"; это - люди "с бурными кратковременными аффективными переживаниями, которые выражаются не только внутренне, но и во вне". В то время как нормальный стеник идет к цели с сознанием своей силы и спокойно, здесь сказывается примесь астенического ядра: беспомощность, недостаточность уверенности в себе; отсюда экспансивные выходки (что приближает их к тем психопатам, которых Шнейдер называет *explosibel*); отсюда конфликт дерзкого, но беспомощного индивидуума с окружающим: вспышки раздражения, сутяжничество (*streitsüchtigen* Крепелина) с поверхностным фанатизмом-эгоизмом (сюда принадлежит часть Шнейдеровских фанатических психопатов и часть *Verbohrten*).

Повидимому, очень близок к экспансивному шизоидному и тот тип, который С. А. Суханов описывал под названием "резонирующего характера". У таких лиц-согласно С. А. Суханову- наблюдается "наклонность к своеобразным рассуждениям при всяком удобном и неудобном случае. В обществе они отличаются разговорчивостью, держатся свободно и больше любят рассказывать и говорить, чем слушать других. Они мало считаются со взглядами других и самоуверенны как в поступках, так и речах; они мало наклонны к колебаниям, наоборот решительны. Они любят вмешиваться в чужие дела, давать другим советы, но в то же время эгоистичны и их "Я" стоит обычно на первом месте. Моральные чувствования у них сравнительно слабо выражены, однако многие резонеры, которые имеют развитой интеллект, пользуются влиянием, но при слабости интеллекта у них может обнаружиться картина импульсивных вспышек и двигательного возбуждения".

Экспансивные шизоиды имеют, как и сенситивные, общие черты с гипертимиками, но отличаются от них отсутствием внутренней легкости 4); они все же, как шизоиды, аутистичны.

Таким образом мы видим, что, обладая особыми шизоидными механизмами, экспансивные и сенситивные шизоидные психопаты благодаря этим механизмам своеобразно реагируют на внешние впечатления. Однако и у них над шизоидными глубинными механизмами стоят сдерживающие и направляющие их высшие механизмы головного мозга, и в обычных условиях, будучи несколько особыми людьми, они все же справляются с действительностью. Но в тех случаях, когда выход из тяжелого жизненного положения путем размышления, путем рационального использования обстоятельств по определенному плану оказывается невозможным, человеку вообще свойственно прибегать к более глубинным, более древним формам реагирования - у шизоидов в таких случаях возникают психозы шизофренического типа.

"Если людям шизофренического (правильнее было бы сказать "шизоидного") типа приходится реагировать на ту или иную причину психозом, это будет психоз кататонический - говорит Штранский,-после которого они могут возвратиться к своему обычному равновесию".

О таких острых, заканчивающихся благополучно в короткий срок психозах шизофренического типа уже давно говорит ряд авторов - Бирнбаум, Вилльманс, Бонгоффер, П. Б. Ганнушкин. Борнштейн говорит о *schisothymia reaktiva*, которая отличается от обычной шизофрении отсутствием галлюцинаций, отсутствием разорванности мышления и которая возникает в тесной связи с переживаниями, как активная реакция на них. Поппер также говорит о шизофренических реакциях, резко отличая эти реакции от психогенных моментов, дающих ту или иную окраску отдельным симптомам при шизофрении-процессе.

Собственно, эти реакции надо называть не шизофреническими, а шизоидными: они свойственны только гетерозиготным шизоидным субъектам, а не гомозиготным шизофреникам.

Всю свою жизнь, шизоидные субъекты все свои реакции окрашивают шизоидным налетом: всю жизнь сенситивные шизоиды склонны к неприиспособленности к жизни, к внутренней тревоге, рассеянности, самоуглублению, ипохондрии, но особенно ярко они проявляют эти черты в тяжелые моменты. Тогда они реагируют вспышкой психоза, но психоз является здесь не качественным изменением личности, а количественным, психологически понятным нарастанием всегда присущих им особенностей. Вместо неприиспособленности к жизни наступает полное бегство из жизни (кататонический ступор), вместо легкой тревоги-полная растерянность, вместо рассеянности, самоуглубления - некоторое подобие депрессии, подозрительность 5). Я, например, вспоминаю одного своего знакомого, вполне работоспособного инженера, с ярко выраженной шизоидной наследственностью. В тяжелые моменты своей жизни он укладывался в постель и заявлял своей семье: "я поработал, больше не могу; будь что будет", и ничто уж не могло его вывести из этого положения, пока обстоятельства не менялись к лучшему и он снова не начинал работать.

П. Б. Ганнушкин описывает случай, когда его пациент, отказавшись от предложенной ему перемены службы, затем растерянно разутый бегал по Москве. В больнице был молчалив, с нелепыми манерными движениями, малодоступен, с отказами от пищи, но через 10 дней совсем поправился.

Экспансивные шизоиды на большие жизненные затруднения реагируют вспышками бурной раздражительности, импульсивной ломкой вещей, суетливой резонерской деятельностью.

Эти вспышки шизоидов действительно являются "заостренной уродливой формой шизоидного характера"; по отношению к этим вспышкам такое определение психоза правильно, но этот психоз не шизофрения-процесс, это не шизофренический, а шизоидный реактивный психоз и его генетическая основа совершенно другая.

Поппер думает, что подобно тому, как возможны хронические параноии с психологически-понятным происхождением, так возможны и хронические шизоидные реактивные психозы. Но и здесь они отсутствием общего изменения личности, своей активностью будут отличаться от шизофрении.

Таким образом мы резко различаем: 1) шизофреническую гомозиготную конституцию и как ее патологическую форму шизофрению (многие авторы предполагают для этой формы психоза оставить старое название *dementia praecox*); 2) экспансивную и 3) сенситивную гетерозиготные шизоидные конституции. Шизоидные психозы, возникающие на почве этих конституций, в большинстве случаев психогенны и излечимы, но могут иметь и хроническое течение (только для них предполагается оставить название шизофрении).

После психолого-клинического выделения двух шизоидных типов и психозов, развивающихся на их почве, задача исследователя заключалась в том, чтобы выяснить, какие генетические формулы им соответствуют и достаточно ли они объясняют все особенности членов шизофренической семьи.

Если бы такое соответствие получилось, то мы получили бы значительную уверенность в биологической правильности подразделения и постепенно, с расширением генеалогического материала, все более уточняли бы описание характеристик отдельных типов шизоидности.

В настоящее время мы, конечно, далеки еще от того, чтобы установить здесь вполне бесспорные положения, однако многое уже можно подтвердить фактами. В своей книге "Ueber Temperamentsvererbung" Гоффманн находит, что шизофрения часто получается, если с одной родительской стороны мы имеем стенических шизоидов, с другой - астенических. В нашем исследовании с Ф. Ф. Детенгофом, мы также в обширной генеалогии одного шизофреника отметили в одной линии генеалогии стойко держащиеся особенности характера, которые мы описывали так: "очень религиозен, мнителен,

мечтатель, идеалист" (астенический тип), а в другой линии: "делец, домосед, педантичен, скрытен, добросовестный работник" (стенический тип).

Однако Кречмером, Берце и др. правильно подмечен факт, что наиболее резко выделяющиеся в семье шизофреников психопаты обычно несут в себе одновременно и черты стенические, и астенические, т.е., как указано выше, относятся не просто к стеникам или астеникам, а к сенситивным или экспансивным типам. Генетическое соображение, что формы ххУУ х Ххуу дадут при соединении всех детей формулы ХхУу, т.е. здоровых фенотипически, а не шизофреников также заставляет думать, что шизофреников чаще всего дают именно родители сенситивные Х экспансивные, и что генетической формулой для сенситивных является формула Ххуу, а для экспансивных - ххуУ. Если принять такую формулу, то, во первых, будет выражено присутствие у сенситивных не только астенического ядра-уу, но и стенического наложения - х, а у экспансивных не только стенического ядра-хх, но и астенического наложения - у; во вторых будет объяснено большее число шизофреников детей при браке Ххуу~ХххуУ. Эти браки дадут поровну ххуу, ХхУу, Ххуу и ххуУ, т.е., при них 1/4 детей будут шизофреники, 1/4 здоровые и 1/2 - шизоидов, при чем поровну экспансивных и сенситивных.

Также 1/4 детей шизофреников при предполагаемой формуле должно получиться, и в том случае, если оба родителя сенситивные шизоиды (или оба экспансивные), при чем здесь шизоидов будет уже 3/4 и исключительно того же типа, что и родители (т.е. или сенситивные, или экспансивные, но не те и другие вместе).

Проверка этой генетической гипотезы, произведенная нами на материале Казанской психиатрической клиники, действительно ее подтверждает: подставляя наши предполагаемые генетические формулы в имевшиеся у нас генеалогии, мы ни разу не встретили затруднений в генетическом толковании как всей генеалогии, так и особенностей отдельных ее членов.

Приведем здесь для иллюстрации некоторые из наших генеалогий.

генеалогия 1-го больного

генеалогия 2-го больного

генеалогия 3-го больного

Генеалогия 1-го б-го очень интересна: дед по отцу и отец болели совершенно той же формой психоза, заболели оба на 4-м десятке жизни, как и сам пробанд, долго лежали в окружной лечебнице с диагнозом dementia paranoïdes; также была душевнобольной сестра матери; из его братьев еще двое шизофреники.

В этой семье от родителей ххуу Х Ххуу мы как и следовало ожидать, имеем 1/2 детей шизофреников, а 1/2 шизоидов типа Ххуу; ни одного шизоида типа ххуУ. Во II-ой семье от родителей шизоидов обоих с формулой ххуУ мы должны были ожидать 1/4 детей шизофреников, 7а-шизоидов типа ххуУ и 1/4 шизотимиков типа ххУУ, что почти точно и оправдывается. Здесь мы, в противовес нашей первой семье, не имеем ни одного шизоида типа Ххуу.

Несколько более отрадную картину должны представлять семьи, происходящие от 2-х родителей шизоидов, но разных форм, т.е. ххуУ У, Ххуу: здесь среди детей должна быть ХУ видимо здоровых, 1/2 шизоидов, причем шизоиды должны быть обоих типов (и ххуУ, и Ххуу) и 1/4 шизофреников.

Этот тип родительского соединения, повидимому, особенно част среди предков шизофреников и точно представлен нашей III-ей генеалогией.

Таким образом генетика всего шизоидного ядра по нашей гипотезе сводится к следующему: в семье шизоидного круга мы имеем следующие типы с соответствующими им генетическими формулами:

1. ХХУУ, ХХУу, ХхУУ, ХхУу, - совершенно лишены всяких шизоидных механизмов и шизоидных черт. Внешне здоровые, но могущие при известных сочетаниях дать потомство шизотимиков, шизоидов, а в известных случаях

даже шизофреников (ХхУу х ХхУу дают 1/16 детей шизофреников)

2. ХХуу - чистые астенические шизотимики
3. ххУУ - чистые стенические шизотимики
4. ххуУ - экспансивные шизоиды
5. Ххуу - сенситивные шизоиды

Разбираясь в психологических характеристиках генетических типов наших генеалогий, мы получили такие конкретные данные: 1) для экспансивного шизоида: странный, молчаливый, крутой, суровый, деловой, настойчивый, хороший служака, скупой, горячий, раздражительный, драчун, скандалист, "скверный характер"; 2) для сенситивного шизоида: домосед, замкнутый, стеснительный, робкий, добрый, под влиянием жены (мужа), мнительный, подозрительный, "о нем все говорят"; 3) для стенических шизотимиков: сдержанный, серьезный, не особенно общительный; 4) для астенических шизотимиков: мягкий, способный, малообщительный.

Задача дальнейших исследований еще более уточнить эти характеристики и, главное, выяснить, как видоизменяются эти особенности в связи с социальным, профессиональным положением их носителя.

Выяснив более или менее точно происхождение и картину различного рода шизоидных психопатов, мы более правильно можем разобраться и в отношении шизоидных психопатов к другим психопатиям.

Уже Рюдин отмечает, что и в семьях шизофреников наряду с психопатами с шизоидными чертами встречаются психопаты, вовсе несходные с шизофренией.

Недоумевая о связи этих последних психопатов с шизофренией, Рюдин пишет: "нельзя же рассматривать шизофреников так широко, чтобы и этих психопатов причислять к ней; тогда ни один человек от нее не свободен". Осторожность Рюдина, оправдавшаяся, как мы уже видели, позже и признаваемая теперь даже авторами слишком расширявшими понятие шизоидности, была тем более понятна, что при своем исследовании Рюдин заметил, что dementia praecox чаще появляется и в тех семьях, где один из родителей болен душевной болезнью, несомненно не принадлежащей к шизофрении (среднее для всего материала Рюдина число шизофреников равнялось 4,48% всех братьев и сестер, а в случаях, где один из родителей болен не dementia praecox, это число = 8,21%).

"Очевидно - говорит Рюдин - мы имеем в этих болезнях родителей такое болезненное предрасположение, которое имеет значение в генезе dementia praecox". Эти родители, стало быть, имели в своей зародышевой плазме часть элементов, из которых складывается dementia praecox.

Целый ряд авторов (см. сводку Гоффманна) говорит о возможности dementia praecox у детей несомненно маниакально-депрессивных больных; Штранский, Форстер, Берце говорят о частых случаях старческих слабоумий в семье шизофреников; Гоффманн, Керер и др. говорят о детях шизофрениках у родителей с паранойей и т. д.

С другой стороны - Гоффманн, Кан, Блейлер, Моравич говорят о комбинации dementia praecox с эпилепсией, Ярмеркер, Виг-Викенталь о комбинации с истерией, Урштейн - о кататонических симптомах при маниакально-депрессивном психозе и т. д. Обнаружено было (Рюдин), что не только существуют маниакально, депрессивно, параноидно, эпилептоидно-окрашенные шизофрении, но и что эти особенности окраски иногда стойко держатся в одной и той же семье.

С современной генетической точки зрения все эти явления, могли бы быть объяснены только тем, что генный радикал шизофрении сложен, что в него входят несколько более простых ген. Эти гены могут входить как составная часть и в другие душевные болезни; отделившись при расщеплении, они потом соединяются так, что получается шизофрения. В других случаях те же гены, войдя в состав других объединений могут внести и в картину другой болезни

шизоидные элементы. Но, разумеется, нет причины все эти, хотя и содержащие части шизофренического ядра, болезни объединять в одно общее с шизофренией. Точно также и гены, входящие в состав других болезней, если они находятся у шизофреника по своему окрашивают шизофрению, но не являются ее типической сущностью.

Вообще, как говорит Берце - "мы имеем готовыми и нерушимыми факторы не определенных клинических единиц, а более примитивные факторы, которые могут соединяться вместе, образуя самые разнообразные группы, и только некоторые из этих групп особенно типичны, особенно часто встречаются, а потому в клинике оцениваются как нозологические единицы. Но те же факторы могут образовать и другие различные комбинации. Эти комбинации очень разнообразны, почему отграничение отдельных форм и является очень трудным".

Во всяком случае надо помнить, что отдельные элементы шизофренического круга могут входить и в другие болезни, окрашивая их своими чертами, точно так же как и в шизофренической семье могут встретиться и другие не шизофренические гены.

Шнейдер при исследовании 201 чел. братьев и сестер шизофреников нашел у 44.1% из них своеобразные психопатические черты характера, и только у 21,8% из них были черты шизоидные, остальные он причисляет к истерикам, циклоидам, неустойчивым, эпилептоидам и т. д.

Таким образом, подводя итоги, мы должны выделить такие формы психозов с участием шизоидного ядра:

1. психогенные, реактивные психологически понятные острые психозы-вспышки, развивающиеся на почве существующего шизоидного характера, как его патологическое заострение (острые шизоидные реакции);
2. хронические психозы того же типа, также психологически понятные и не сопровождающиеся ни расщеплением психики, ни галлюцинациями, ни апатическим слабоумием;
3. хроническую прогрессирующую шизофрению, возникающую на почве соединения обоих шизоидных конституций, вследствие экзо генной или эндогенной дефектности коры;
4. шизоидные окраски психозов. В некоторых случаях, как мы увидим ниже, присутствие шизоидного гена не только дает шизоидную окраску другим психозам, но и служит фактором, мобилизующим, выявляющим гены других психозов (условный фактор проявитель).

1) Н. Hoffmann. Die tbc als Ursache geistiger Erkrank. Archiv. f. Ps. Bd. 66.

2) Н. Hoffmann. Die tbc als Ursache geistiger Erkrank. Archiv. f. Ps. Bd. 66.

3) Термин "сенситивный" употребляет еще Груле, но совершенно в другом смысле: под этим именем он понимает впечатлительных, сахарно-романтичных людей (банальные "чувствительные"), И Берце, и Кречмер, и мы в дальнейшем под названием "сенситивных" будем разуметь не это, а описываемые выше особенности.

4) С этой стороны очень интересна работа Ланге (Ztschr. f. d. ges. N. u. P. Bd. 101. 1926), в которой он указывает, что все чисто психогенные депрессии возникают в шизоидных семьях.

5) С этой стороны очень интересна работа Ланге (Ztschr. f. d. ges. N. u. P. Bd. 101. 1926), в которой он указывает, что все чисто психогенные депрессии возникают в шизоидных семьях

ГЛАВА V. КОНСТИТУЦИЯ ЦИКЛОИДНОГО КРУГА Психопатические конституции

Т.И Юдин

К обширной области маниакально-депрессивного психоза принадлежит ряд проявляющихся в отдельных приступах очень разнообразных патологических состояний, в основе которых лежит склонность к длительной (продолжающейся месяцами) стойкости эмоциональных переживаний то

меланхолического, то маньякального, то смешанного характера.

Основными чертами меланхолической картины является следующая триада симптомов: 1) затруднение в усвоении восприятий и мышления; 2) тоскливое настроение; 3) неспособность принять то или иное решение, понижение работоспособности, вялость, замедление движений.

Маньякальное состояние характеризуется триадой: 1) повышенная отвлекаемость, неустойчивость мыслительных процессов, доходящая до скачки идей и спутанности; 2) веселое настроение; 3) волевое возбуждение, непрерывное стремление к деятельности. Крепелин маньякально-депрессивный психоз относит к группе конституциональных душевных болезней и в своем учебнике определенно говорит, что исходным пунктом болезни является "своеобразный психический склад, который часто наблюдается в виде постоянных индивидуальных особенностей как у самих больных, в промежутках между приступами, так и у их родственников, которые не доходят до настоящего заболевания; этот склад, при известных условиях усиливаясь, доходит до болезни".

В настоящее время этот особый склад называют "циклоидным". Таким образом тесная связь циклоидов с маньякально-депрессивным психозом стала ясной гораздо раньше, чем генетическая связь шизоидов с шизофренией. Да это и понятно, так как в наиболее типичных случаях маньякально-депрессивного психоза между психозом и его характерологическим обоснованием имеется только количественная, а не качественная разница. Кроме того, в противуположность семьям шизофреников, мы встречаем в семьях маньякально-депрессивных больных нередко прямое отягощение со стороны родителей: по крайней мере один родитель часто имеет ярко выраженный циклоидный характер, часто наблюдается психоз и в целом ряде идущих одно за другим поколениях одной и той же семьи. Среди братьев и сестер мы также наблюдаем гораздо большее число явно маньякально-депрессивных больных, чем шизофреников при шизофрении. По Гоффманну, среди детей циклоидных родителей, мы встречаем 31% больных детей.

Кречмер так описывает характер лиц с циклоидным предрасположением. Циклоиды являются по преимуществу людьми общительными, добродушными; людьми, с которыми легко иметь дело, которые понимают шутку и принимают жизнь, как она есть. Они естественны и откровенны, быстро вступают в приятельские отношения с другими; в их темпераменте есть что-то мягкое и теплое. Они просты и открыты, имеют потребность высказаться, высмеяться, выплакаться. Всякий оттенок настроения находит в них свой отклик. Они могут в настроении слиться со средой, принять во всем участие. "С благодарностью и любовью относятся они к жизни".

Правда, среди них встречаются люди с депрессивной окраской, немножко тяжеловесные, но и они отличаются от шизоидов тем, что у них нет никакого враждебного отношения к общению с людьми. Хотя они и медлительны, не скоро сходятся, но бывают ласковы, естественны, доступны; они всегда имеют свой, правда узкий, круг знакомых и друзей, где уютно проводят свое время. У них нет резкого противоречия между "я" и внешним миром, нет заранее готовых мнений, нет трагически заостренного конфликта. Циклоиды не являются людьми строгой последовательности, продуманной системы и схемы. Это - простаки, которые раньше знакомятся с человеком и реальными возможностями, а затем уже считаются с принципами.

Мы встречаем у циклоидов много радости в работе, кипучей практической энергии, но у них нет твердой, непреклонной, решительной энергии шизоидов. Все эксцентрическое, фанатическое чуждо чистым циклоидам.

В неприятных ситуациях циклоидный человек становится печальным или вспыльчивым, но отнюдь не неожиданно раздражительным, как шизоид; у него нет эмоции холодной строгости, уязвляющей обидчивости и резкой враждебности. Темперамент циклоидов колеблется в мягких закругленных

волнах настроения между веселостью и грустью.

Если вспомнить характеристику шизоидов, то циклоиды являются прямой их противоположностью. Шизоидные люди живут в себе, часто после десятилетней совместной жизни с ними нельзя сказать, что мы их знаем. Они имеют поверхность и глубину. Язвительно грубая, раздражительная, желчно-критическая или скрытая робкая, бесшумно скрывающаяся-такова эта поверхность. Но по фасаду мы не можем судить, что скрывается за ним; это люди-маски. Между ними и людьми завеса из стекла. Шизоидные люди, если и общительны, то лишь поверхностно, без глубокого внутреннего контакта с окружающим миром. Эмоциональная установка шизоида в отношении ближнего переливается замечательными цветами радуги между застенчивостью, иронией, угрюмостью и жестокостью. У них имеется резкий холодный эгоизм; хотя они и склонны к доктринерским принципам, к вытекающему из принципов самопожертвованию, забвению собственных интересов, но у них нет теплой сердечности в отношении к отдельному человеку.

Как мы уже видели, темперамент шизоидов колеблется между апатией и порывистостью, они то холодны, то сентиментальны, а часто и то, и другое вместе.

Противоположение циклоидов шизоидам до известной степени отражает давно установившееся клиническое, противоположение маниакально-депрессивного психоза и шизофрении в прогностическом отношении: склонность к выздоровлению маниакально-депрессивных больных и роковое ослабляющее течение шизофрении.

Обычно, исходя из чисто внешних психологических картин у ман.-депресс. больных отмечают три основных формы: 1) маниакальную, 2) депрессивную и 2) циркулярную, выражающуюся в чередовании маниакальных и депрессивных состояний.

Маниакальное состояние, повидимому, наиболее часто представляет чистую, только усиленную картину того же состояния, какое наблюдается у всех так называемых нормальных людей в веселом состоянии. Здесь часто особенно ярко видно, что в психозе по сравнению с нормой дело ограничивается изменением только количественным, а не качественным и еще длительностью настроения. Типичные гипоманиакальные люди (*hyperthymische Psychopathen* Шнейдера) постоянно веселы, находчивы, обходительны, любят работать, полны оптимизма; это, как говорят банальным языком, "просто люди сангвинического темперамента", в социальной жизни они могут быть очень полезными работниками.

Шотт, Зиферт, Юнг, Ницше описали ряд случаев гипоманиакального состояния, которое стойко существовало с детства до конца жизни, но часто такие состояния наблюдаются лишь периодами, сменяясь в остальное время более спокойным, но общительным характером циклоида.

Уже давно также описаны и семьи, где гипоманиакальные формы держались подряд целый ряд поколений. Гоффманн и Кан приводят целый ряд таких генеалогий. В этих семьях у одних лиц степень, сила маниакального состояния доходила до психоза, в других не переходила терпимых в общении и при работе границ.

Депрессивные состояния (*Depressive Psychopathen* Шнейдера), повидимому, в форме простого усиления депрессивного (меланхолического) нормального состояния встречаются реже. Очень часто здесь прибавляется целый ряд черт, не подходящих к циклоидным особенностям (раздражительность, мнительность и т. д.). Не так часто и психоз, развивающийся у депрессивных психопатов, может быть квалифицирован как только количественное усиление темперамента: в большинстве случаев появляются бредовые и навязчивые идеи, т. д.

Правда Рейсе указал, что в некоторых областях Германии можно встретить

особенно часто лиц, склонных к депрессии. Правда, издавна известны семьи, где одни члены имеют депрессивный темперамент, а другие страдают депрессивным психозом, семьи, в которых эти особенности держатся в целом ряде поколений. Но все же циклоидная общительность, простота, понятность всех переживаний при депрессивных состояниях гораздо чаще, чем при маньякальных, затемняется иными не циклоидными чертами.

В последнее время Ланге особенно хорошо обосновал разницу как он называет "эндогенных меланхолий", принадлежащих к циклоидному кругу, и "психогенных депрессий", принадлежащих гл. образом к шизоидному кругу.

Помимо семей, где встречаются только меланхолические или маньякальные формы, часто наблюдались и семьи, где депрессия или мания, или циркулярное течение заменяют, как эквиваленты, один другое. Наконец, встречаются семьи, где с одной родительской стороны - отмечается депрессия, с другой - гипоманьякальный характер, а дети - циркулярные.

Поэтому-то вполне естественно все эти состояния и были объединены в одну общую группу циклоидной конституции.

Усиления и ослабления в выражении этой общей маньякально-депрессивной конституции у отдельных лиц часто колеблются очень значительно, и нередко у лиц с циклоидным характером наблюдались дети с ман.-депр. психозом, а от лиц с ман.-депр. психозом рождались дети циклоидные и т. д.

Гоффманн с генетической точки зрения пытался объяснить, все эти колебания в силе полимерностью генного радикала циклоидной конституции. Всю группу предрасположения Гоффманн разделяет на три следующих подгруппы:

А - лиц с определенным патологическим колебанием настроения (близких к психозу).

В - лиц с выраженным маньякальным или депрессивным темпераментом.

С-лиц циклоидных.

Для большей наглядности силу фактора А - он оценивает в 15 пунктов, а В и С в 10 пунктов. Комбинации с силой выше 25 пунктов он оценивает как психоз.

Тогда возможны такие комбинации:

AaBbCc X aabbcc

35 пунктов О

м.д. больной здоровый

Их потомство может быть такое:

1. AaBbCc = 35 пунктов

2. AaBbcc = 25 пунктов

3. aabbCc = 25 пунктов

4. aaBbCc = 20 пунктов

5. Aabbcc = 15 пунктов

6. aabbCc = 10 пунктов

7. aaBbCc = 10 пунктов

8. aabbcc = 0 пунктов

Тем или иным сочетанием гамет и объясняется усиление или ослабление состояния у детей. Если принять, что группы 1 - 3 дают психоз, то в семьях, происшедших от брака м.д. больного со здоровым, мы должны иметь отношение больных детей к здоровым = 3:8, т.е. 35,6% больных, что действительно и получилось в статистике Рюдина.

Принимая такую полимерию можно объяснить и кажущиеся рецессивными особенности маньякально-депрессивного психоза: появление больных детей от здоровых родителей. Например, если мы возьмем родителей из группы №№ 5 и 6 нашей таблицы, которые являются фенотипически здоровыми-лишь, б. м., циклоидными, то понятно, что:

Aabbcc x aaBbcc

гипоманьякальн.

15 10

среди детей может дать AaBbcc=25 п., т. е. душевно-больных. И, наоборот, из

нашей же таблицы мы видим, что от AaBbCc (психоз) X X aabbcc могут получиться и совершенно здоровые дети (группа № 8).

Но, конечно, полимерией можно объяснить только силу, количественные особенности в выявлении маньякально-депрессивной конституции. Чем же объясняется смена то маньякальных, то депрессивных, то циркулярных состояний? Ч. Девенпорт предполагает объяснить это присутствием или отсутствием гена С, при чем СС, по его мнению, дает маньякальное состояние, сс - меланхолическое, Сс - смешанные и циркулярные формы.

При этом, силу выражения фактора С он ставит в зависимость от второго фактора Е (фактора возбудителя), так что по Девенпорту получается такой ряд:

ЕЕСС - маньякальный психоз

ЕЕсс - депрессивный психоз

ееСС - циклоиды

ЕЕсс - циркулярный психоз

ЕеСС, Еесс - ярко выраженные маньякальные и меланхолические и циркулярные психопаты.

С нашей точки зрения предположение Девенпорта, быть может, очень правильно, если под фактором Е разуместь прибавляющиеся к циклоидному предрасположению различные факторы других патологич. конституций (шизоидной, фантастич. и т. д.), без которых, действительно, м.д. психоза не бывает.

Гоффманн для объяснения смены маньякальных и депрессивных состояний выдвигает иную теорию: колебание настроения зависит от предрасположения к неустойчивому соотношению гормонов е, вызывающих эйфорическое состояние, и гормонов d, вызывающих депрессивное состояние. В то время как у здоровых людей $d = e$, при циклоидном предрасположении равновесие этих гормонов очень неустойчивое и всякий внешний момент (половое развитие, климактерий, инволюция, беременность, резкие эмоциональные переживания) вызывают преобладание того или иного гормона или их колебание 1).

Штранский внешнему психологическому выражению м.д. психоза придает вторичное значение: первично же здесь - по мнению Штранского - имеется слишком большая восприимчивость к проникновению каких-то токсических начал, вызывающих длительное изменение гормонального равновесия, ведущего к длительному изменению настроения.

Если говорить о легкой восприимчивости к токсическому началу, то, очевидно, сила нарушения равновесия будет уже зависеть не от генотипических особенностей, а от силы интоксикации и должна считаться паратипической, и в известных, очень сильных случаях, интоксикация может повести к непоправимым хроническим состояниям.

Очень интересно, что, как указывает целый ряд авторов, циклоидная конституция имеет самую тесную связь с склонностью к. артериосклерозу. По Рему - "хронические маньякально-депрессивные больные чрезвычайно часто страдают артериосклерозом мозга, общий артериосклероз составляет самую частую причину смерти таких больных". Гутштейн при секции 76 случ. м.д. психоза различного возраста нашел артериосклероз в 75% у мужчин и в 60% у женщин, т.е. в 4 -10 раз больше, чем по статистике Ромберга бывает у всех вообще душевно-больных (у мужчин - 18%, у женщин - 6,4%).

По Зоннеру среди отягощающих факторов артериосклероз при маньякально-депрессивном психозе встречается в 11,9%, тогда как вообще у душевно-больных (по Диму) артериосклеротическое отягощение отмечается лишь в 5,5%.

Также и в нашей большой маньякально-депрессивной генеалогии, которую мы описали с д-ром Галаच्याном, мы нашли большое количество апоплексии среди родственников.

Интересно, что и пикническое телосложение, которое Кречмер считает типичным для ман.-депр. психоза, издавна было известно как status apoplecticus.

Таким образом, можно было бы считать, что артериосклероз является соматическим выражением тех же моментов, какими в психической области вызывается колебание настроения, тем более, что при ярком артериосклерозе мы вообще очень часто видим колебания настроения. Однако, то обстоятельство, что часто встречается артериосклероз без ман.-депресс. психоза заставляет предпологать, что одна интоксикация едва ли может повести; к нарушению гормонального равновесия и скорее дело сводится к тому, что интоксикация только усиливает существовавшие и до того врожденные дефекты гормональной деятельности. Если гормональное равновесие конституционально не нарушено, психоза не получится и при интоксикации, получится только артериосклероз. Некоторые авторы предполагают, что механизмы психоза мобилизует не сама интоксикация, а особенности кровообращения, вызываемые артериосклерозом, и если нет предрасположения к артериосклерозу, то психоза не будет, хотя бы и существовали его механизмы.

Вообще проблема генетического происхождения м.д. психоза очень сложна и едва ли может быть объяснена хотя бы и полимерными, но однозначными факторами изменения настроения.

Прежде всего, в действительной жизни, как это уже особенно указывалось нами по отношению к депрессивным формам, мы далеко не часто видим чистые маньякальные, депрессивные, Циклоидные или циркулярные формы. В большинстве случаев, при психозе дело идет не только о количественном изменении соответствующего характера до его высших границ, но и о целом ряде качественных особенностей, которые не могут быть уложены в рамки особенностей циклоидных. В большинстве случаев, мы видим при м.д. психозе, кроме усиления циклоидных черт, навязчивые идеи, бредовые идеи, раздражительность и часто целый ряд явно шизоидных черт.

Даже и в препсихотипических основных состояниях мы часто видим не одни циклоидные черты. Гипоманьякальные психопаты нередко вовсе не благодущны, а склонны к сутяжничеству (Streitsüchtigen), неустойчивы, ленивы, дерзки, неуживчивы, а эти типы мы уже встречали среди экспансивных шизоидов. Еще чаще мы видим не циклоидные особенности у депрессивных: часто депрессия соединяется с сухостью, с довольно бездушным педантизмом, с навязчивыми идеями, с раздражительностью, ипохондрическими, бредовыми идеями. Описанные прежними авторами "misshmutig depressiven", склонные к раздражению, постоянно недовольные - "ewig Unzufriedenen u. Verletzten" Ашаффенбурга - очень близки к сенситивным шизоидам.

Раздражительное предрасположение Крепелина, которое он характеризует повышенной возбудимостью, склонностью к резким вспышкам, часто с истерической окраской и которое он часто видит в светлых промежутках у больных с м.д. психозом, уже вовсе не укладывается в рамки мягкого, общительного циклоида.

Наконец, и изучение генеалогий маньякально-депрессивных больных показывает, что в этих семьях, наряду с чистыми циклоидными, встречаются шизоидные и другие психопаты, при этом если сравнить семьи шизофренические, то в м.д. семьях не циклоидные, особенности встречаются гораздо чаще, чем в шизофренических семьях не шизоидные, а циркулярные психозы-как отметил Гоффманн - гораздо чаще имеют шизоидный оттенок, чем шизофрения циклоидный 2). У детей маньякально-депрессивных больных, как это указывают многие авторы, нередко бывают дети шизофреники. При этом, как сообщает Кречмер, депрессивные формы, по данным Тюбингенской клиники, особенно часто дают детей шизофреников (особенно часто

кататоников и *paraphrenia expansiva*).

Границы между шизофренией и маниакально-депрессивным; психозом часто не удается резко провести и в клинике: одни и те же больные трактуются то как шизофреники, то как циркулярные - в зависимости от того придавалось ли большее или меньшее; значение тому или иному симптому. Эти затруднения так часты, что в клинике самого Крепелина в 1905 г. (год увлечения диагнозом *dementia praecox*) % больных *dem. praec.* был = 27% всех поступивших и м.д. = 8%, а в 1909 году % *dem. praec.* упал, до 7%, а маниакально-депрессивных вырос до 18%. Очень естественно, что при такой сложности основ м.д. психоза Гохе, например, а с ним и Клейст, не видят в м.д. психозе определенной болезни, а лишь "сборное понятие, объединяющее многие психопатии".

Все это показывает, что что-то сближает м.д. психоз и шизофрению. Гоффманн, Кречмер и особенно Кан за последнее-время очень много говорят о возможности соединения м.д. предрасположения с шизоидным (*Legierung*), и несомненно, как утверждают почти все исследователи, картины м.д. психоза с шизофреническими чертами появляются именно в тех семьях, где среди ее членов имеются и шизофреники. Гоффманн даже указывает, что, по его наблюдениям, "циклоиды имеют особое стремление к бракам с шизоидами 3), а потому-то смешение обоих предрасположений в потомстве и бывает так часто.

Однако, уже Берце указал, что едва ли можно рассматривать генетическое ядро шизофрении или м.д. психоза как "замкнутое целое". Сам Гоффманн также говорит о необходимости "стремиться к более точной дифференциации типов и разделению их на основные элементы (*Aufspaltung in psychologischen Aufbau-elemente*), на самостоятельные наследственные биологические особенности или, как их называет Еан, "примитивные психические особенности". Мы уже видели при рассмотрении шизоидной конституции, что она сама состоит из ряда конституций, то сливающихся и дающих шизофреническую конституцию, то расщепляющихся и дающих - сенситивных, экспансивных шизоидов, стенических и астенических шизотимиков.

Рассмотрение генеалогий маниакально-депрессивных больных показывает, что хотя от м.д. родителей рождаются шизофреники, зато от шизофреников почти никогда не бывает м.д. детей. Шривер-Герцбергер, например, в 53 семьях, где дети страдали шизофренией в 14 случаях нашла м.д. родителей, а в 75 семьях, где дети страдали м.д. психозом, ни разу не нашла родителей шизофреников. В обширном материале Рюдина 4) на 164 семьи м.д. больных, где один из родителей был душевно болен, шизофрения встретилась всего 6 раз = 3,6%! а м.д. психоз 156 раз = 68,9%.

Если это так, то значит, что в состав шизофренического ядра не входят элементы м.д. психоза, а в ядро м.д. психоза элементы шизофрении могут входить как составная часть.

За сложность генного радикала м.д. психоза говорит целый ряд соображений: Уже указанное нами многообразие картин психоза и редкость чистых случаев без добавочных симптомов.

То обстоятельство, что мы нередко имеем циклоидов без психоза также свидетельствует о необходимости какого-то дополнения для получения психоза.

О крайней сложности м.д. психоза и разнообразии факторов, в него входящих, говорит и то, что в 11 семьях Кана где оба родителя были м.д. больные, среди 34 детей только 5 оказались м.д. больными.

О сложности генной формулы м.д. психоза говорит и % числа больных, полученных Рюдиным, на обширном и точном материале Мюнхенской клиники в м.д. семьях. В 56 семьях, где имелся м.д. пробанд, и оба родителя не страдали м.д. психозом, было 7,43% больных братьев и сестер; в 84 семьях,

где был болен один родитель, имелось 23,82% больных, а в 59 семьях, где родители здоровы, но было коллатеральное отягощение м.д. психозом было 14,94% больных. Основываясь на этих цифрах,

Рюдин думает о тримерии с двумя рецессивными и одним доминантным геном, так как при таком генном построении должно было бы получиться при указанных выше соотношениях в семьях соответственно 10,5%, 22,5% и 14,4%, м.д. детей, что почти точно соответствует фактически полученным данным.

За участие доминантного гена в комплексе м.д. психоза говорит, несомненно, то, что м.д. психоз встречается часто и у родителей и у детей, и даже в нескольких поколениях подряд; за то, что здесь имеется и рецессивная часть говорит то, что часто м.д. дети происходят от видимо здоровых родителей, а больные родители часто имеют здоровых детей.

Если м.д. психоз зависит от трех пар ген, то весьма интересным является понять, что же представляет из себя каждый из этих ген.

Рассматривая вместе с А. Г. Галаच्याном одну обширную генеалогию, в которой часто встречался м.д. психоз, мы в этой генеалогии нашли ряд стойко держащихся особенностей. Прежде всего, несомненно, мы имели в генеалогии массу лиц с циклоидным характером, (но без психоза), затем 2) наследственную склонность к артериосклерозу, апоплексии; затем 3) большое число лиц со склонностью к *pseudologia phantastica* и вообще с развитым воображением; 4) многие отличались мнительностью, склонностью к навязчивым идеям и, наконец, 5) немало было и ярких шизоидов, чаще экспансивного типа и даже 2 случая шизофрении. Все эти особенности стойко держались в семье и, по-видимому, следовали в наследовании циклоидные особенности законам доминантности, а остальные все - рецессивности.

Таблица №1

Таблица №2

Таблица №3

Таблица №4

Случаи маньякально-депрессивного психоза в этой семье также имели самую разнообразную клиническую картину: один имел циркулярный психоз с онейроидными фантастическими переживаниями и спутанностью, при чем в светлые промежутки был выдающимся писателем, написавшим, между прочим, ряд блестящих фантастических сказок-легенд; другая во время психоза обнаруживала ряд кататонических явлений; третьи - заболели только в старости и кончали слабоумием; в одном случае, после ряда типичных циркулярных приступов, развилась хроническая бредовая форма типа *paraphreniae phantasticae*; в некоторых случаях при депрессии развивались навязчивые идеи.

В общем, разобрав все данные генеалогии, мы пришли в нашей тогдашней работе к заключению, что маньякально-депрессивный психоз получается только тогда, когда к основному циклоидному состоянию прибавлялись еще, по крайней мере, два из следующих факторов: 1) артериосклероз, 2) фантастическая конституция, 3) тревожно-мнительная конституция, 4) шизоидная конституция. Все эти факторы могут замещать один другой, при чем картина психоза определялась именно тем, какой из данных факторов входил в генотипическую формулу; в зависимости от этих факторов мы и имели или тревожную, больше склонную к депрессиям картину, или яркую, рвущуюся к деятельности фантастическую или раздражительно-параноидную, вырастающую на шизоидной почве.

Таким образом, мы предположительно представляем себе генетическую формулу маньякально-депрессивного психоза таким образом: психоз имеет формулу $Аbc$, при чем доминантный фактор $А$ = циклоидное предрасположение, предрасположение к неустойчивому равновесию гормонов, рецессивный фактор b = предрасположение к артериосклерозу и рецессивный фактор c может быть различным: это - или шизоидная (при чем

экспансивные шизоиды дают формы более близкие к маньякальным, сенситивные к меланхолическим картинам), или фантастическая, или тревожно-мнительная конституция.

Приведем еще один факт, говорящий в пользу нашей гипотезы. Гоффманн приводит интересную генеалогию, где маньякально-депрессивный психоз получился у детей, происходящих от шизоидного отца и циклоидной матери. До того времени ни в роду отца, ни в роду матери психозов не было. Гоффманн считает здесь, что шизоидность отца была толчком ("ein depravierendes Impuls") к проявлению маньякально-депрессивного (!) психоза.

генеалогия больного МДП

Гораздо понятнее становится дело, если допустить, что шизоидность в этой семье добавила к циклоидной конституции недостающий фактор для образования маньякально-депрессивного психоза. Таким образом, мы видим, что генетическая формула маньякально-депрессивного психоза может быть весьма разнообразной; объединяющим здесь является лишь присутствие доминантного циклоидного компонента. Мнение Гохе и Клейста, что "маньякально-депрессивный психоз есть сборное понятие, объединяющее многие психопатии", - весьма правильно. Впрочем и Крепелин 5) согласен, что м.д. помешательство не является единым заболеванием в строгом смысле этого слова, а представляет скорее "происходящую из одного общего корня группу с расплывчатыми границами между отдельными формами".

Гоффманн, а с ним Кан, Кречмер и др., случаи, где одновременно имеются и шизоидные, и циклоидные компоненты, называют "промежуточными (intermediäre) конституциями" и говорят о возможности шизоидного оттенка при м.д. психозе, о циркулярном оттенке при шизофрении в виде периодического течения и маньякальных или депрессивных картин болезни (Legierung). В книге "Vererbung u. Seelenleben" Гоффманн даже приводит интересные генетические формулы для своих промежуточных конституций. Он различает случаи: а) скрытое шизоидное предрасположение формулы AaBb, которое при соединении с ман. -депр. предрасположением (Xx) не дает никаких изменений картины м.д. психоза, но может обусловить, если шизоидное ядро имеется у обоих родителей, dementia praecox в их потомстве; в) шизоидное предрасположение формулы aaBb и. Aabb, налагающее на м.д. психоз шизоидный оттенок; с) случаи шизофрении с циклоидным оттенком - Xhaabb. По мнению Гоффманна брак шизофреника с м.д. больным, имеющим скрытое шизоидное ядро, может дать все эти оттенки:

xhaabb X XhAaBb дает: шизофрения м.д. психоз

1. из сочетания гамет hab X HAB = XhAaBb - ман.-депр. психоз.
2. из сочетания гамет hab X HaB = XhaaBb - м.д. психоз с шизоидн. оттенком.
3. из сочетания гамет hab X #&B = xhaaBb - шизоид.
4. из сочетания гамет hab X Hab = Xhaabb - шизофрения с цикл. оттенком.
5. из сочетания гамет hab X hab = xhaabb - шизофрения.

Схема Гоффманна, по нашему мнению, в общих чертах правильна. Особенно интересно, что в этой схеме Гоффманн считает формулой, налагающей шизоидные черты, лишь формулу aaBb или Aabb (а не AaBb), что соответствует нашему воззрению, о настоящих экспансивных и сенситивных шизоидах. Но в этой схеме слишком упрощена формула м.д. психоза, которая в действительности состоит, как мы видим, не из одного, а по крайней мере, из трех ген.

Если принять во внимание все компоненты м.д. психоза, то случаи смешения м.д. компонентов и шизоидных компонентов, окажутся гораздо сложнее и гораздо яснее будет видно, почему границы между м.д. психозом и шизофренией не так ясны, почему м.д. психоз может иметь различное течение и исход; будет видно также, что неправильно говорить о "Legierung", о промежуточных формах, а правильнее рассматривать формулы каждого психоза как таковые, тем более, что, как отметил уже и Кан 6), дела может

идти не только о шизоидном или циклоидном компонентах, но и о циклоидном, эпилептоидном и шизоидном 7), напр. Кроме того, даже и в чистых случаях м.д. психоза, по нашему мнению, входят всегда различные компоненты кроме циклоидного: обсессивные, фантастические, которые также обуславливают и своеобразие картины м.д. психоза, и своеобразие формул расщепления, получающихся в потомстве.

С нашей точки зрения вполне понятно, что Эйриш у 17 шизофреников с пикническими (геср. циклоидными) чертами телосложения нашел и случаи параноидов, и случаи *paraphrenia phantastica*, и случаи циркулярной шизофрении, и случаи острых шизофренических вспышек с хорошим исходом и т. д. Вообще при *Legie-rung* дело не ограничивается только периодическим течением шизофрении, как это описывали Мауе и Шварц 8).

Мы считаем также, что при присутствии в ман.-депр. формуле обоих шизофренических ген может создаться в картине психоза преобладание ман.-депр. черт, а в течении психоза прогрессивность, т. е. будут иметься хронические формы ман.-депр. психоза с ослабумливанием. В этом отношении очень интересен случай М. Н. Ксенократова из нашей клиники:

Больная Ж., 51 года, девица (родилась в 1875 г.). Телосложение слабо пикническое. Питание удовлетворительное. В детстве физически развивалась правильно. С 7 лет в гимназии, которую кончила в 1891 г.; способности были средние: "брала больше зубрежкой". По характеру была застенчивой, обидчивой, молчаливой; в обществе терялась, но в тесном кругу родных временами бывала "даже очень шаловливой". Была очень впечатлительной, мнительной, религиозной. В 1893 г. поступила на фельдшерские курсы, но вскоре занятия бросила, т. к. началось "угнетенное настроение": тосковала, плакала, считала себя великой грешницей, хотела покончить с собой, поступить в монастырь; с другой стороны, страхи, что она умрет, что "заберутся в дом и всех перережут". Постепенно к лету 1894 г. тоска прошла, а осенью 1894 г. начался подъем настроения: была оживленной, много читала, с интересом занималась на фельдш. курсах, мало спала, много двигалась. Потом стала наряжаться Офелией, Тамарой, начинается ряд неправильных маньякальных действий и с 23/х/94 по 23/III 95 6-ая находится в маньякальном состоянии в Окружной псих. лечебнице; здесь при веселом настроении, двигательном возбуждении были слуховые и зрительные галлюцинации. После выписки из лечебницы вскоре опять началась депрессия; казалось, что все считают сумасшедшей, не стоит жить. Летом 1896 г. настроение, однако, выровнялось, и 1896-97 г. она училась кройке и шитью, но дело, однако, не ладилось; затем жила дома, помогая матери по хозяйству. Летом 1898 г. опять подъем настроения: с увлечением работала заведующей пунктом по помощи голодающим, а осенью уехала в Петербург, где поступила на курсы сестер милосердия; училась год, но к осени 1899 г. опять приступ тоски: не спала, плакала; экзаменов не сдала. Так продолжалось до весны 1901 г. Летом стала готовиться по-латыни и в начале 1902 г. поступила ученицей в аптеку, где проработала более или менее успешно 2 года. В 1903 г. появилось какое-то "истечение из половых органов", стала подозревать у себя наследственный сифилис (отец умер от рр), приходила в отчаяние; решила, что с такой болезнью нельзя служить в аптеке, бросила службу, не спала, тревожная тоска. Так было больше года. В конце 1904 г. состояние улучшилось, а в 1905 г. она сдала экзамен на провизора, принимала участие в революционной пропаганде б, наконец, в состоянии возбуждения с 12/XII 1905 г. по сентябрь 1906 пробыла в Окр. псих. лечебнице.

С 1906 по 1913 жила дома. Очень резких колебаний настроения не было; раза два принималась за работу в аптеке, служила библиотекаршей, однако, дело не ладилось, хотя средства матери, у которой она жила, были очень ограничены, и служить было бы надо. С осени 1914 по июль 1915 г. опять в Окр. псих. леч.: резкой депрессии не было, но сделалась крайне

раздражительной, придирчивой, не хотела видеть мать и сестру, ничего не делала. Затем жила у матери, занималась хозяйством, шитьем или вязаньем на магазины. "Настроение" было безразличное, апатичное". Пыталась заниматься на военных курсах сестер, но учиться было трудно, ничего не усваивалось. С 1916 по 1920 настроение было б. ч. безразличное, временами тоскливое, часто страхи смерти, загробной жизни, считала себя "отверженной, проклятой богом и людьми"; жила одиноко, замкнуто. С июня 1921 по июль 1922 находилась в псих. клинике и Окр. леч. больше, невидимому, из экономических соображений: нечем было жить без работы. Настроение или слегка подавленное, или безразличное. В июле 1922 г. выписалась и жила у сестры, работала по хозяйству, вязала, шила. Настроение, по уверению самой больной, было "скорее жизнерадостное", однако, большой продуктивности в работе не было, на службу никуда устроиться не могла. От этого времени сохранились стихи больной; стихи эти бедны по содержанию и наивны по форме. Например (лучшие):

Как д'Артаньяк

Люблю коньяк

И херес золотистый,

Батистовый платок

И тонкие духи.

Поела бы ухи

Из волжских стерлядей.

...Люблю я все предметы,

Но не люблю людей.

В день Ксенофонта и Марии

Был устроен фестиваль,

Матине, фоли-журне,

Что одно и то же.

Собрались, как всегда,

Все одни весталки.

Собрались, за стол засели

И без умолку галдели,

Пили, ели до того,

Что обалдели.

С 1925 г. у больной прекратились menses. Осенью 1925 г. Настроение ухудшилось, и больная с 29/IX-25 г. по 11/IV-26 г. находилась в псих. клинике Казанского Университета. Здесь она была довольно доступна, временами капризна, раздражительна, обидчива, временами уединялась, жаловалась на свою заброшенность, на тоску. Часто любила поговорить, пожаловаться на свое одиночество, свои болезни, но темы разговоров были очень узки и однообразны.

Иногда вяжет кружева, читает, но больше ничего не делает, часто жалуется на отсутствие интереса к работе, апатию. Двигательного заторможения нет. Аппетит удовлетворительный; в весе прибыва. Выписалась в том же состоянии"

что и поступила.

Здесь мы видим больную, которая с детства была замкнута, капризна, чувствительна, мнительна. С 18 лет она проделывает ряд довольно типичных депрессивных и маньякальных приступов, во время которых с самого начала отмечаются в маньяк, состоянии галлюцинации, даже слуховые, в депрессивных - ипохондрические идеи, страхи. Чем дальше, тем приступы психоза становятся беднее циклоидными симптомами, и в последнее время больная скорее апатична и ипохондрична, чем подавлена. Всегда мала приспособленная к работе, она чем дальше, тем меньше становится работоспособной: уже в 1915 г. она-провизор - не может закончить курсов сестер милосердия военного времени, т. к. "усваивается трудно". Круг ее

интересов все больше суживается, к родным она безразлична, никакая работа ее не интересует, хотя все же полного распада личности не наступает.

Таким образом, мы здесь видим и циклоидные, и шизоидные симптомы, и прогрессирующее апатическое состояние, и мнительность и ипохондричность. Если мы рассмотрим генеалогию больной, то будет видно, чем объясняется и симптоматология, и течение данной болезни.

генеалогия

С обеих сторон - и со стороны отца, и со стороны матери пробанда - мы видим замкнутых шизоидных людей, притом со стороны отца мы видим лишь энергичных экспансивных шизоидов типа Aabb, а со стороны матери тихих, "идейных", стеснительных, сенситивных шизоидов aabB. Шизоидные элементы со стороны матери подтверждаются и двумя случаями шизофрении (случаи II, 8 и III, II). Со стороны матери же привносится и два другие элемента ман.-депр. психоза: фактор обсессивный (oo), который отмечается резко у ряда членов генеалогии: I, 6; II, 7, 10, и фактор циклоидный - прежде всего у полной пикнической бабки I, 6, а затем у дядей II, 11 и 12. От бабки по отцу I, 2 пикнический фактор идет и по отцовской линии (II, 1 и 2), хотя и не так ярко представленный.

От родителей-шизоидов одного экспансивного и другого сенситивного особенно часто рождаются дети шизофреники, и наша больная, повидимому, несет полное (aabb) шизофреническое ядро, но, помимо того, она получила и циклоидный фактор (она и по телосложению слабая пикничка), а также и фактор обсессивный, (мнительности, страхов). Таким образом, она обладает всеми тремя факторами ман.-депр. психоза: циклоидным, обсессивным и шизоидным 9), но и обоими факторами шизоидными, т. е. шизофренией. Почему она проделывает и типический ман.-депр. психоз с большей склонностью к депрессиям (результат обсессивного гена), и имеет прогрессивное апатическое состояние. Интересно, что ее сестра видимо экспансивный шизоид (энергичная, властная), а брат - циклоид. Все эти элементы вполне естественны при родителях указанных нами формул.

У нас имеются фотографии многих из членов этой генеалогии; интересно, что и по телосложению, типу лица все фотографии соответствуют генетическим характеристикам: одни имеют яркий шизоидный астенический облик, другие - яркие пикники и третьи, наконец, неопределенны.

На этом примере мы ясно видим, что задачей наследственно-биологического изучения должно быть в конце концов отыскание формулы пробанда, вытекающей из формул всех других членов, генеалогии и отыскание простейших конституций, имеющих в генеалогии, из которых в разных комбинациях складываются индивидуальные формулы всех членов семьи. Психоз с изученной симптоматологией особенно облегчает такое изучение. Но конечной задачей является нахождение "простейших преформированных комплексов", как их называет Гохе, простейших типов характера, из которых и складывается психоз.

1) Б. М. Завадовский считает, что здесь дело идет о нарушении гормонального равновесия щитовидной и надпочечных желез ("Под знам. Марксизма №8 - 9, 1925).

2) Здесь мы говорим о шизоидной окраске характера и ни в коем случае не о периодичности течения, которая нередко свойственна и шизофрении. Периодичность свойственна всем психозам и вовсе не является специальной; особенностью м.д. психоза.

3) Тоже говорит и Кречмер (D. m. W. 1926 № 1), который на 127 супружеских пар у 101 нашел брак шизоида с циклоидой и только у 26 - схожие конституции.

4) Цит. по Hoffmann. Familienpsychosen im schisophrenen Erbkreis. Berlin. 1926. Karger.

5) Kraepelin. Lehrbuch. Bd. III. S. 1383. 8-te Aufl.

6) E. Rahn. Erbbiologisch-klinische Betrachtungen u. Versuche Ztschr. f. cL ges. N. u. P. Bd. 61. 1920.

7) Кан в своем IV случае (Hartmann) описывает семью, где отец - шизоид, мать - циклоид, ее сестра эпилептичка, а дети имеют очень сложные психозы, включающие все эти компоненты.

8) Впрочем и Шварц отмечает 2 случая *paraphreniae phantasticae*.

9) Артериосклероза в этой семье не имеется.

ГЛАВА VI. ПАРАНОИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ Психопатические конституции Т.И Юдин

Под "бредовыми идеями" мы понимаем стойко, в течение более или менее длительного периода держащиеся умозаключения, не поддающиеся изменениям и коррекции под влиянием реальной действительности.

Относительно генеза бредовых идей издавна существуют самые разнообразные гипотезы, ярко отражающие на себе всю историю различных течений в психиатрии. Было время, когда все душевные болезни связывались с расстройством интеллекта, с учением о "фиксированных идеях", "мономаниях", и тогда большинство форм душевных заболеваний диагностировалось как "паранойя" (бредовое помешательство). Гризингер стал придавать большее значение изменению настроения и стал учить о возникновении бреда на почве меланхолии и мании.

После этого в психиатрии долгое время в вопросе о генезе бреда спор шел о том, является ли при этом первичным поражение интеллекта или жизни аффективной. Краффт-Эбинг, Гитциг приписывали главную роль расстройству способности суждений. В ернике точно также говорили "сеюнкции" ассоциативных процессов как причине бреда. Другие авторы отмечали, что параноики нередко именно тем и отличаются, что у них за исключением определенных бредовых идей сохранена способность суждения и имеются даже высокие способности, и, выделяя случаи, где бред, как говорили, был "вторичным", как результат слабоумия, все случаи бреда "первичного" при сохранности способности суждения объясняли изменениями настроения. Мейнерт приводит такой пример: маньякального больного охватывает счастье, он делает ошибочное заключение о причине этого счастья: он - богат. У здорового настроение определяется условиями, у больного от болезненного изменения настроения делается заключение к условиям. Однако, под "настроением" старые авторы понимали нередко не только элементарные эмоции, но более широкое изменение всего "я". Штерринг, напр., говорит, что бред подозрительности, преследования вызывается "настроением подозрительности", "боязливо-ипохондрическим настроением". Вестфаль, поэтому, более точно говорит, что бред возникает от того, что патологическое изменение функций мозга вызывает чувство "изменения я"... "Если и здоровый получит новый чин, наденет новое платье, то он думает, что все на него обращают внимание; также и больной, чувствуя, что с ним происходит перемена, думает, что все обращают на него внимание: отсюда вначале бред отношения, потом преследования, потом величия..." "Эмоциональные расстройства по Вестфалю занимают в картине второстепенное место. Таким образом, бредовые идеи стали связывать с своеобразными изменениями личности, не связанными вполне ни с интеллектом, ни с эмоциями.

В дальнейшем расстройства интеллекта Мейнертом, Фричем, Кальбаумом, Мерклиным были разделены на ряд подвидов: аменция, слабоумие, паранойя и, таким образом, область паранойи была сужена и уточнена.

Но все же отзвуки спора о генезе бреда из интеллекта или аффективных состояний дошел до наших дней. Еще недавно Шпехт и Эвальд, хотя соответственно современным знаниям и несколько в иной форме, решая тот же вопрос, доказывали, что все формы паранойи надо отнести к хронической мании или особым состояниям маньякально-депрессивного психоза.

С развитием учения о дегенерации и психопатиях, с одной стороны, и

болезнях-процессах - с другой, возник вопрос о том, принадлежит ли паранойя к дегенеративным формам, возник вопрос об ее эндогенности или экзогенности, возник вопрос о "развитии" (Entwicklung) паранойи из особенностей характера или на почве патологического "процесса". Особенно ярко последний вопрос обсуждался, напр., в одной из новейших работ Вестертерпа. Крепелин не видит в генезе бреда чего-либо единого; это лишь симптомокомплекс. На основании течения он выделяет: 1) формы, целиком объясняемые ситуацией, возникающие как психологически понятное развитие характера вследствие переживаний в особых условиях (бредовые формы у арестантов, у тугоухих, бред сутяжничества);

2) "настоящую паранойю", возникающую на почве особого предрасположения (повышенное самомнение, эгоизм, живость воображения и интеллектуальная недостаточность) путем болезненной переработки жизненных событий;

3) "парафрении"-болезненный процесс, при котором развиваются не вполне систематизированные бредовые идеи с прогрессирующим ослаблением интеллекта, но без распада духовной личности, без оскудения эмоциональной жизни, которые наблюдаются при шизофрении.

И, наконец, 4) острые и хронические бредовые симптомокомплексы, связанные с шизофреническим процессом и с эмоциональными особенностями при маниакально-депрессивном психозе.

Однако, многие авторы вовсе отрицают самостоятельность этих форм. Шпехт, Штоккер, Эвальд большую часть паранойи относят к маниакально-депрессивному психозу. Эвальд выделяет гиполою, как особый подвид маниакально-депрессивного психоза; при "гипоноической конституции" бредовые идеи возникают аутохтонно. Блейлер считает "настоящую паранойю" Крепелина весьма медленно протекающей шизофренией, а относительно парафрении говорит, что "наша современная диагностика не в состоянии отделить этой формы от многочисленных легких форм несомненной шизофрении". Мейер, собравши катамнезы парафрении Крепелина, нашел, что во многих случаях, в конце концов, все же наступает распад личности. Отрицают парафрению, как особое заболевание, также Крюгер, Эйзат. Точно также, на основании изучения генеалогии парафреников и настоящих параноиков Крепелина, 1) Гоффманн, Керер и др. считают настоящую паранойю и парафрению возникающими на почве, родственной шизофрении. Альцгеймер, также считает паранойю возникающей из некоторого дегенеративного "Mysel", родственного шизофреническому предрасположению. Очень интересно, что, исследуя генеалогии "сутяжнического бреда", который Крепелин относит к числу психогенных психозов, Экономо в 1/3 случаев нашел у них детей шизофреников. Даже авторы, в общем сочувствующие выделению "настоящей паранойи" Крепелина, ограничивают ее объем. Так, Т. А. Гейер считает, что на почве особого предрасположения возникают только бредовые формы величия, бред же преследования возникает на почве тревожно-мнительного или маниакально-депрессивного предрасположения.

Наконец, сам Крепелин за последнее время делает некоторые поправки к своему учению о паранойе, соглашаясь, что 1) эндогенно обусловленная настоящая паранойя до некоторой степени есть и психогенное заболевание, так что паранойя и психогенный бред есть звенья одной цепи; 2) что помимо форм длительного и непоколебимого бредообразования надо признать и существование рудиментарных, преходящих параноических состояний.

Кречмер, стремясь к психологическому пониманию возникновения паранойи, приходит к заключению, что бредовые идеи для своего возникновения не нуждаются в каком-либо специальном предрасположении: "Es giebt keine Paranoja, sondern nur Paranoiker". Бредовые идеи возникают как результат психологической реакции личности той или иной структуры на соответствующие жизненные переживания и положения; исчезает

переживание, изменяется ситуация - исчезают и бредовые идеи, остается ситуация и переживания - бредовые идеи делаются хроническими. В зависимости от особенностей характера находится и характер бреда. Таким образом, получается по Кречмеру такая схема форм бредовых идей:

схема форм бредовых идей

Ганс Майер считает, что бредовые идеи возникают в связи с определенными "комплексными" (в смысле Фрейда) представлениями, реальному осуществлению которых мешает амбивалентность стремлений. При этом, вследствие существования комплекса, в поле сознания появляются только с ним связанные идеи, а напряженность аффекта, существующая у параноиков, определяет стойкость и устремление бредовой системы. В связи с таким пониманием генеза бреда Майер с сочувствием цитирует работу Виерра, который описывает излечение хронической паранойи психоаналитическим методом. Близкую к Майеру концепцию генеза паранойи развивает и Вигерт. Эти построения паранойи из переживаний вели к тому, что Кречмер заявляет, что хронической паранойи вовсе нет, а есть лишь типы параноических реакций. В известном отношении эти заявления, конечно, правильны. Течение паранойи зависит от внешних условий, а само по себе параноидное предрасположение, как и всякие другие предрасположения, течения болезни не определяет. Однако, несомненно, также, что на развитие механизма параноидных реакций влияют не только переживания, но и характер нейропсихических глубинных механизмов, часто также физические и химические факторы.

В самое последнее время появилась интереснейшая работа Ланге о сущности паранойи. Ланге изучил 91 случай бредовых заболеваний, из них 44 случая "настоящей паранойи" Крепелина, 28 излеченных случаев параноидных заболеваний и 19 случаев параноидных психопатов.

На основании изучения этого материала Ланге приходит к заключению: 1) Случаи "настоящей паранойи", не имеют никакого отношения к шизофрении или маниакально-депрессивному психозу, несомненно, имеются. 2) Несомненно, во всех случаях параноидных заболеваний как хронических, так и острых играют роль, как их возбудители, соответствующие переживания. Однако, далеко не всегда с устранением причин переживания наступало корригирование бреда; не всегда острые переживания вели к острым вспышкам и, наоборот, иногда при хронических конфликтах все же наступало выздоровление. 3) Несомненно, к возникновению бреда вели не только переоценка собственной личности и недостатки интеллекта, но нередко, наоборот, сознание своей неполноценности, часто при хороших дарованиях. Переоценка собственной личности часто являлась не причиной, а следствием паранойи. 4) Нельзя также объяснить возникновение бреда несоответствием между способностью суждения и аффективностью, как это делает Блейлер, однако, несомненно, у многих параноиков отсутствует способность установить свои переживания на общей со всеми остальными людьми почве. 5) Люди с одним и тем же характером, при тех же условиях и переживаниях, одни заболевают паранойей, другие-нет. Таким образом причиной бреда вовсе не являются особенности высших слоев психики; они дают только материал для бреда. 6) Не вполне согласен Ланге и с мнением Керера (хотя он ближе стоит к нему, чем к Кречмеру), что основой паранойи является патологический тип построения влечений и инстинктов, хотя, несомненно, изменения при паранойе по Ланге касаются глубоких слоев психики, чем и объясняется, что бред всегда бывает тесно связан со всем "я" больного. По Ланге при паранойе, действительно, существует патологический тип построения каких-то глубинных механизмов, но не в виде определенного патологического построения инстинктов или влечений, а в виде более неопределенного особого предрасположения к параноидным реакциям, особого "paranoische Reaktionsweise".

Это подтверждает и рассмотрение наследственных данных в случаях Ланге. Ланге нашел в своем материале: 12 случаев без всякого психопатического отягощения; в 13 случаях - неясно определенные душевные болезни, при чем несколько раз очевидна органические заболевания (2 раза-прогрессивный паралич, 1 раз эпилепсия, 1 раз - врожденное слабоумие); шизоидное отягощение встретилось лишь в 9 случаях (4 раза несомненная шизофрения, 1 раз подозрение на шизофрению и 3 раза -шизоиды); также редко и маниакально-депрессивное отягощение -10 раз (при чем 4 раза-несомненные случаи и 6 раз-подозрение на ман.-депр.),

случая психопатий и 22 случая однородных, параноидных заболеваний.

При этом Ланге особенно подчеркивает, что и в подробно им описанном случае Берты Хемпель, также имелось много параноидных родственников, не имевших ничего общего ни с шизоидным, ни с циклоидным кругом.

Керер также при хронических формах паранойи в 71% нашел в семье склонность к параноидным реакциям. Ясно выраженные хронические параноидные психозы, правда, встречались реже, но это свидетельствует только, что для возникновения психоза помимо параноидного предрасположения нужны еще и добавочные мобилизующие его гено- или паратипические факторы.

Предположение Ланге о существовании особого, зависящего от изменения глубинных механизмов нервно-психической деятельности, предрасположения к параноидным реакциям нам кажется совершенно правильным, однако, несомненно, что проявлению этого предрасположения содействуют как различные внешние соматические и психические моменты, так и некоторые генетические особенности структуры, существующие в личности одновременно с параноидным предрасположением.

Фридманн резко различал "эндогенную" и "экзогенную" формы паранойи, при чем он полагал, что при эндогенной паранойе, типичной формой которой он считал сутяжническое помешательство, настоящую паранойю Крепелина и описанные им формы "milde Paranoja", бред возникает на своеобразном параноидном предрасположении личности, а "экзогенная паранойя", например бред при маниакально-депрессивном психозе, с этим предрасположением и своеобразной параноической структурой не связаны.

Точно также Керер хочет делить паранойи на "психогенные", где мы имеем переработку социологических, извне идущих переживаний, и "соматотонные параноиды", к которым он относит, главным образом парафрению и шизофренические параноиды.

Мы полагаем, что параноидное предрасположение имеется во всех случаях возникновения бредового симптомокомплекса и лишь его мобилизующим и патопластически определяющим (по теории Бирнбаума) в одних случаях являются особенности переживаний, "комплексы", в других-различные, чисто физические особенности личности, в третьих, наконец, генетические особенности, существующие в структуре личности рядом с параноидным предрасположением. Бирнбаум, и вместе с ним Гаупп, отделяют от вырастающих на настоящем параноидном предрасположении хронических паранойи "бредоподобные образования дегенерантов", острые бредовые состояния, встречающиеся наиболее часто в тюрьмах - в особую группу, считая, что в этих случаях дело идет не о бредовых идеях, а о самовнушениях, аналогичных аффективно окрашенным фантазиям истеричных, что в этих случаях не достает стойкости и склонности к развивающейся систематизации, что здесь в противоположность настоящему параноическому характеру имеется подвижность и нестойкость аффекта.

Мы думаем, что группа "бредоподных образований дегенерантов" Бирнбаума является по своему генезу не однообразной. Уже одно то, что как об основе говорится об истерии - этой многоликой и также, по нашему мнению, подлежащей расчленению болезни-свидетельствует о многообразии основ

этой группы. Во многих случаях роль играет параноидное предрасположение, и лability личности в таком случае есть лишь патопластический фактор, зависящий от добавочных генетических ее особенностей; в других, роль играет, действительно, не параноидное, а фантастическое предрасположение 2) и т. п.

Керер, выделяя тюремные параноии в особую группу, однако же и здесь в 50% нашел однородные параноидные заболевания в семье своих пациентов; ссылаясь на исследования Штерна, он подтверждает, что истерические черты в препсихотической личности таких субъектов очень часты.

Мы думаем, что развитие параноического предрасположения вовсе не обязательно должно идти усиливаясь, как это бывает при настоящей параноии Крепелина, но, в зависимости от окружающих условий и внутренних особенностей личности, кривая развития может идти отдельными вспышками и даже совсем остановиться: являться процессом психологическим (Ясперс), или процессом органическим в зависимости от разных мобилизующих параноидное предрасположение факторов. Однако, все эти факторы имеют лишь патопластическое, а не патогенетическое значение. Существенное же значение играет лишь специальное предрасположение к параноидным реакциям. При описании шизофренической конституции мы уже видели, что на паратипическое выявление шизофренического генного ядра влияют как внешние факторы, так и встречающиеся рядом с шизоидными другие особенности генной структуры. Точно также влияют эти факторы и на паратипическую (модификационную) кривую выявления предрасположения к бредовым реакциям. Постараемся теперь перечислить эти патопластические факторы, содействующие проявлению параноидного предрасположения.

Из соматических влияний мы отметим следующие: Клейст, описывая свою инволюционную параноию, говорит о влиянии особенностей внутренней секреции при инволюции организма на возникновение бреда. Зеелерт говорит об артериосклерозе, как причине старческих параноидных состояний. Еще Краффт-Эбинг отмечал значение алкоголизма, климактерия, гинекологических заболеваний и менструального периода для возникновения параноии. Вейднер описал возникновение и течение бредовых идей в зависимости от степени мозгового давления при мозговой опухоли, а Кречмер и Тинтемманн говорят о повреждении черепа, как возбудителе бредовых идей. Возможно, что и бредовые идеи при прогрессивном параличе обусловлены мобилизованным паралитическим процессом параноидным предрасположением. Керер указывает еще на возможность возникновения галлюцинаторных параноидов вследствие неправильных ощущений, идущих от измененных экзогенными причинами органов ощущений, почему он рекомендует обращать внимание на органические заболевания мозга и внутренних органов.

Из особенностей генных структур, содействующих развитию параноида, известны следующие: Гоффманн и Керер говорят о зависимости бредовых реакций от шизоидного ядра, при этом эти авторы подчеркивают, что маньякально-депрессивный психоз в семье параноиков почти не встречается. Стало быть, ген длительной стойкости настроения, особенно типичный для маньякально-депрессивного психоза, вопреки мнению авторов, связывающих параноию с эмоциональной стойкостью, не создает благоприятных условий для бредовых реакций.

Очень интересно, что и мы лично, просматривая случаи параноийальных вспышек при маньякально-депрессивном психозе, наблюдавшиеся в психиатрической клинике 1-го МГУ и описанные д-ром Галаच्याном, во всех случаях нашли или шизоидную наследственность или чисто шизоидные особенности характера у самих больных (чаще всего сенситивных шизоидов). В главе о строении маньякально-депрессивной конституции мы уже говорили, что часто в нее входят, как составная часть, шизоидные гены. В присутствии

этих только ген, повидимому, и развиваются при маниакально-депрессивном психозе параноидальные вспышки. Очень интересно, что все почти авторы указывают, что бредовые идеи особенно часты при маниакально-депрессивном психозе при депрессии, а мы уже видели, что как раз депрессивные состояния особенно часто имеют в себе шизоидные элементы. Таким образом, и в маниакально-депрессивном психозе, при котором бредовые идеи все же, несомненно, нередко, выявлению предрасположения к бредовым реакциям содействуют шизоидные компоненты. Керер указывает, что у параноиков, в особенности при бреде сутяжничества, часто бывают дети шизофреники, в то же время большой материал Гоффманна (семья 51 шизофреника с 129 взрослыми детьми), так же как и материал самого Керера, ни разу не обнаружил у шизофреников детей с паранойей. Это как нельзя более подтверждает, что предрасположение к бредовым реакциям не зависело от шизофренического предрасположения, и шизофреническое предрасположение имеет значение лишь как фактор, содействующий более резкому проявлению своеобразного параноидного ядра. При этом оказывается понятным, что при хорошо выраженных параноических реакциях часто есть и шизоидные компоненты, и, стало быть, при расщеплении часто возможны дети шизофреники, у шизофреников же ген параноидных реакций может оказаться только совершенно случайно; отсюда, как общее правило, у шизофреников неоткуда взяться детям параноикам.

Также содействует выявлению предрасположения к бредовым реакциям, как это указывают Лакер и Гаупп, тревожно-мнительный характер, при этом очень интересно наблюдение Ланге, что люди с таким характером ни разу не имели хронического течения бреда, что, очевидно, связано с тем, что само тревожно-мнительное предрасположение не предрасполагает к "процессам". В то же время парафрения, особенно близко и тесно связанная с шизоидным ядром, на почве которого, как мы видели, часто развиваются процессы-наоборот, дает хронические бредовые формы.

Несомненно содействуют выявлению бредового предрасположения и особенности переживаний. Материал доктора Галачяна из психиатрической клиники 1 МГУ обнаружил ясно непосредственную связь между возникновением бреда и внешними условиями жизни. Подтверждают это также и указания проф. Рыбакова, что военные и революционные психозы 1905 года носили часто бредовую окраску. На это же указывает и учащение случаев параноии в настоящее послевоенное, революционное время. Но нельзя считать правильным воззрение Кречмера, что бред есть только психологическая реакция какого-либо характера на соответствующие переживания. Характер, содействующий выявлению бредового расположения, налагая некоторые черты на особенности бреда, не определяет его генеза: психологически понятно только содержание бреда, но не его возникновение. Особенно поучителен в этом отношении случай настоящей параноии, приводимый Ланге, где учитель семинарии вначале был Wunsch-параноиком, на закате своей жизни после тяжелого сексуально-морального переживания получил хронический *Beziehungswahn*, а под старость на свою отставку реагировал сутяжническим помешательством.

Однако, если под характером понимать всю совокупность особенностей личности, нельзя, конечно, ставить "предрасположение к бредовым реакциям" вне характера (*neben dem charakterologischen*), как это делает Ланге. Здесь мы подходим к последнему и самому важному вопросу, какие же черты личности, ее поведения должно считать выражением того, что в данной личности есть параноидное генное ядро. Фридманн указал, что параноики - это "люди с очень определенными устремлениями, у которых аффекты имеют решающее значение, однако они направлены у них внутрь, не обнаруживаясь внешними вспышками. Они отличаются большой чувствительностью, очень заняты своими переживаниями, с большой критикой относятся ко всему

окружающему. Они ведут затворнический образ жизни, проявляют недостаток альтруистического чувства, часто имеют сексуальные извращения. Они рабы своей психической возбудимости, опыт жизни не может их обучить, как всех других, подчинять свою аффективную жизнь и устремления суждениям спокойной рефлексии".

Точно также Крепелин говорит, что склонность к мечтательности толкает параноиков на грандиозные планы, тогда как психические ресурсы не соответствуют этим задачам; отсюда конфликт. Здорового человека неудачи учат, вырабатывают опыт, а параноика они толкают в бред как оправдание своей повышенной самооценки. Крепелин также отмечает эгоизм, чрезмерную личную самооценку-как основные особенности параноиков. Другие авторы, однако, как мы уже указывали, часто видят у параноиков сознание своей беспомощности (Geltongsdrang) при хороших дарованиях. При всем своем эгоцентризме, неприспособленности к реальной жизни, мечтательности, параноики все же не теряют связи с жизнью и часто настойчиво проводят свои цели.

Мерклин говорит о подозрительности, недоверчивости, склонности к преувеличениям, к склокам из-за пустяков, обидчивости, упрямстве параноиков. Дикгофф говорит, что и до развития паранойи эти люди отличаются странным, скачущим течением мыслей (Paranoesie).

Ланге говорит, что параноики принадлежат к людям раздражительным. Люди рассудительные, спокойные вряд ли встречаются среди параноиков, редки также натуры совсем слабые, пассивные.

Многие говорят о неспособности параноиков понять мелкие особенности окружающей жизни, необходимости примирения своих потребностей с жизнью, к компромиссам с жизнью.

Однако, все эти определения крайне расплывчаты и представляют скорее симптомы уже выраженной болезни - паранойи, чем особенности характера, на почве которого развивается болезнь, и несомненной чертой остается для параноического предрасположения только то, что отметил еще давно Краффт - Эбинг, а именно, что при паранойе большую роль играет бессознательная (resp. глубокие слои психики), чем сознательная жизнь. Эта особенность, невидимому, и приводила всех авторов к подчеркиванию роли "аффективности" в генезе паранойи, при чем под этой "аффективностью" надо понимать не количественное изменение эмоциональной жизни, как бывает при маниакально-депрессивном психозе, а качественные особенности и не только эмоций, но всей, глубинной личности (жизнь влечений, инстинктов). Неопределенность в описании параноического характера так велика, что когда Крюгер попытался сделать сводку всех черт характера, наблюдавшихся у параноиков до заболевания, то описанные им особенности представили собрание всех мыслимых человеческих особенностей.

Эти трудности выделения параноидного характера зависят прежде всего от разнообразия тех генных структур, которые, существуя в личности параноика рядом с параноидными особенностями, могут их мобилизовать к проявлению. Вместо черт параноидного предрасположения отмечаются черты мобилизующих его конституций, напр, шизоидные.

Затем, вероятно, черты параноидного характера имеют более интимный, глубинный характер и потому нерезко видны для наблюдателя. В общем, однако, следует сказать, что дело будущего путем тщательного изучения генеалогий параноиков и держащихся в них стойких особенностей более детально выяснить тип основных особенностей их личности.

О тесной связи параноических механизмов с эндокринно-вегетативной системой и с системами инстинктов говорит отмечаемое многими авторами (Крепелин, Клейст, Кречмер, Фрейд, Штекель, Керер) связь паранойи с особенностями сексуальной жизни: отмечается нередко симптомы

бисексуальности. Соматометрические исследования М. П. Андреева, произведенные в нашей клинике, отмечают также и определенные особенности телосложения у лиц с параноидным симптомокомплексом. Среди больных мужчин (исследование пока произведено только относительно мужчин) с параноидной картиной болезни М. П. Андреев обнаружил в 27% феминальное телосложение (широкий таз, узкие плечи), тогда как у шизофреников вообще такое телосложение-встречалось лишь в 14,5%; а у циклоидов всего в 3,5%.

Бумке выделяет активное (кверулянты) и пассивное (бред. отношения) параноидное предрасположение. Нам кажется вполне возможным, что, как и в шизоидном предрасположении, эти две формы так сказать гиперкинетического и акинетического предрасположения, быть может, могли бы быть выделены, но более или менее определенных генетических исследований в этом отношении еще не имеется.

1) Напр. известный параноик Эрнст Вагнер, описанный Гауппом, имел мать шизофреничку и брата шизофреника.

ГЛАВА VII. ПСИХАСТЕНИЧЕСКАЯ КОНТИТУЦИЯ Психопатические конституции

Т.И Юдин

(Навязчивые идеи, тревожно-мнительный характер).

Обсуждая вопрос о генетическом происхождении навязчивых идей, 1) нам прежде всего приходится сталкиваться с колоссальным клиническим разнообразием их: они возникают то эпизодически и реактивно, то как периодические аутохтонные явления, то как постоянная особенность личности, то иногда в связи с психозом-процессом (Гейльброннеровские *progressive Zwangsvorstellungenspsychosen*). Поэтому, прежде всего возникает вопрос, можно ли говорить об одном способе их возникновения или необходимо допустить несколько различных механизмов.

Биолого-генетический метод мышления данный вопрос разрешает, как и во всех других случаях, таким образом: всякое, однообразное фенотипическое явление прежде всего исследуется как возникающее из одного и того же генотипа, и лишь в том случае, если генетические данные не оправдывают этого предположения, мы из получившихся при исследовании данных делаем заключение или о генотипической сложности явления, его полигибридности, или о зависимости его от различных паратипических факторов.

Относительно навязчивых идей исследования показали, что целый ряд данных свидетельствует о существовании особого типа характеров, весьма близких по своей структуре к тому состоянию, которое наблюдается в резко-выраженной степени при патологических формах навязчивых идей. Этот характер разные авторы называли различными именами: Пьер Жане и П. Б. Ганнушкин называют его "психастеническим", Гартенберг - *les timides*, Рибо - *les humbles*, С. А. Суханов - тревожно-мнительным характером, Шнейдер - *Anankasten*, другие - обсессивными психопатами. Основными чертами этого характера, по прекрасному описанию П. Б. Ганнушкина, являются следующие особенности. Психастеники с рождения чрезвычайно впечатлительны, робки, боязливы, у них нет доверия к себе, они во всем сомневаются, у них отсутствуют энергия и решимость. Резкая эмоциональность сопровождает у них не только непосредственное переживание, но в той же степени и мир представлений, мир прошлого, а еще больше мир будущего. Мир образов для психастеника даже важнее мира действия, он живет не настоящим, а, главным образом, прошедшим и будущим, имея большую склонность к рефлексии. Постоянные тревоги и опасения наполняют жизнь психастеника; ожидание для психастеника крайне мучительно, он боится решения. Но раз решившись, он начинает беспокоиться возможно скорым исполнением, делается

нетерпеливым и даже настойчивым. В случае неизбежности опасности это тот храбрец, который бросается вперед, закрывши глаза. Он не только беспокоится сам, но и не дает покоя другим, "пристает", выражаясь вульгарно. При этом - как указывает Штрамайер - его беспокоит стремление к точности и скропулезности решения. В характере психастеников лежит особая совестьливость и "беспокойство мысли", мысль о необходимости именно точного и правильного решения. Психастеники постоянно проверяют себя, постоянно находят поводы к тревогам и сомнениям. На почве этого характера и возникают часто настоящие патологические "навязчивые идеи", "фобии".

Эту особенность характера, а вместе с ним и возникновение "навязчивых идей", многие авторы видели стойко держащимися в целом ряде поколений одной и той же семьи. Пильц, например, в своем IV случае описывает семью, где психастенический характер держался в течение 3-х поколений. Шнейдер в своем подробном реферате литературы о навязчивых состояниях за 12 лет также указывает на многие наблюдения, когда навязчивые состояния стойко держались в семье. Ганнушкин и Суханов описали навязчивые состояния у двух братьев. Меггендорфер приводит обширную генеалогию с психастеническим характером.

Здесь мы видим, таким образом, навязчивые состояния как бы в чистой культуре, проходящими ряд поколений и на этом основании вполне можно предположить возможность генотипической самостоятельности и обособленности данного признака.

Однако, Ястровиц, Бонгоффер, Гейльброннер, Ашаффенбург, Штоккер, Ю. В Каннабих-основу возникновения навязчивых идей видят в аффекте, главным образом в депрессии, и относят навязчивые идеи к м.д. психозу. Штоккер приводит целый ряд генеалогий, из которых явствует, что навязчивые идеи возникали в семьях, где наследование шло, главным образом, маньякально-депрессивное. Точно также на м.д. отягощение указывают и семьи, приводимые Рейссом и другими авторами. Штоккер и психологически объясняет возникновение навязчивых идей из аффекта депрессии, впрочем, он указывает, что эти депрессии отличаются почти полным отсутствием психических заторможений и даже нередко обнаруживают "поток мыслей", почему он и относит "маньякально-депрессивное состояние") на почве которого возникают навязчивые идеи, к "смешанным" состояниям.

Случаи генетической связи навязчивых состояний с маньякально-депрессивным состоянием настолько несомненны, что отрицать их совершенно невозможно. Мы полагаем, что, действительно, одним из компонентов сложного маньякально-депрессивного генного комплекса может явиться, и ген психастенический, и именно его присутствие в таких случаях окрашивает психоз в своеобразную депрессивно-тревожную форму.

Исследованная нами с А. Г. Галаच्याном маньякально-депрессивная семья с несомненностью показала, что в ней присутствовал и психастенический характер и именно его присоединение к другим генам и создавало, в известных случаях, генетическое ядро м.д. психоза, при чем в дальнейшем психастенический ген отщеплялся и продолжал существовать самостоятельно. Мы в настоящее время не обладаем большим числом точных генеалогий, которые бы доказывали эту возможность, но для дальнейших исследований это предположение дает широкое поле. То обстоятельство, что без психастенического гена м.д. психоз сам по себе не может дать навязчивых идей и что вовсе не аффект депрессии составляет психогенетическую сущность навязчивых идей, доказывается тем, что случаи м.д. психозов с навязчивыми идеями вовсе не представляются очень частыми. Во всех таких случаях, по нашему мнению, всегда надо искать психастенический характер в семье, как это мы нашли в нашем случае.

Здесь следует упомянуть об очень интересном мнении французских авторов: Жане считает, что само течение психастенических расстройств склонно

давать большие колебания в сторону как понижения, так и повышения психического тонуса, что издавна считается особенностью периодического психоза. Фалльре, Сеглас, Балле - все утверждают, что навязчивым состояниям, как таковым, присуща периодичность. Жане поднимает даже вопрос, достаточно ли одной наличности периодического течения для выделения части психастении в особую группу под названием м.д. психоза, и не правильнее ли м.д. психоз считать частью психастении.

Мы считаем основной сущностью циклоидной конституции не периодичность, а длительность колебания настроения и особенности циклоидной психики, мы суживаем границы психастенического характера, и думаем, что при таком понимании дела психастении и циклоидность являются двумя особыми единицами, которые лишь в известных случаях могут существовать совместно. Однако, мы уже указывали, что психастенический ген нередко входит как составная часть в маниакально-депрессивный психоз. С другой стороны, еще старые авторы толковали явления навязчивости, как "изолированные" расстройства интеллекта, а за последнее время основу навязчивых состояний стали искать в шизоидном предрасположении.

Прежде всего, в самом психастеническом характере, несомненно, имеются некоторые черты, которые сближают его с шизоидным кругом. Психастеники живут больше в мире представлений, боятся реальности, они конфузливны, предпочитают одиночество, у них есть биполярность: с одной стороны, нерешительность, с другой - известный тип "храбрости" и т. д. Блейлер считает, что навязчивые идеи относятся к скрытым формам шизофрении. Шнейдер в группу "неуверенных в себе психопатов" (Selbstunsichere) относит одновременно и сенситивных Кречмера, и чистых психастеников (Anankasten) с навязчивыми идеями, находя, что и в том, и в другом случаях основной особенностью является живая интрапсихическая активность при недостаточной способности к действию; при этом он не ограничивает сенситивных психастеников от сенситивных шизоидов.

Кроме того, ряд авторов: Христиан, Гаше-Клюндер, Шварц, Д. С. Озерецковский, Гейльброннер описали клинически несомненные случаи шизофрении с навязчивыми явлениями. Дальше, в генеалогиях больных навязчивыми идеями иногда находят родственников шизофреников. Так, даже у Штоккера, сторонника отношения навязчивых идей к маниакально-депрессивному психозу, его семья 6-я, например, имеет мать и сестру пробанда с параноидной шизофренией, а семья 1-я - мать и сестру с ослабляющим процессом, также, повидимому, шизофреническим. Ловенфельд подчеркивает, что при навязчивых состояниях наследственное отягощение бывает самое разнообразное и "часто шизофреническое". Гоффманн приводит ряд случаев с шизофреническим отягощением.

Однако, очень интересное исследование Д. С. Озерецковского из психиатрической клиники 1-го М. Г. У. показало, что в тех случаях, где при шизофрении были настоящие навязчивые идеи (I и II случаи автора), у больных были с детства черты психастенического характера, и шизофренический процесс лишь усилил отчетливость этих черт, довел их до патологического. В этих случаях генетическая самостоятельность психастенического гена была вполне доказана.

В двух же других случаях Д. С. Озерецковского навязчивые идеи шизофреников были не настоящими навязчивыми идеями, а лишь симулировавшими их шизофреническими автоматизмами и стереотипиями: в них не доставало основной черты настоящих навязчивых состояний - "аффективности", связанности со всем "я". Следует при этом отметить, что В. П. Сербский, Бумке, Клези уже давно утверждали, что так называемые навязчивые идеи при шизофрении характеризуются полным отщеплением от остальной психики и являются стереотипиями, а не навязчивыми идеями.

Точно также и сходство Психастенического характера с описанным

Кречмером сенситивным характером вовсе не свидетельствует о шизоидности психастеников. Мы уже и раньше говорили, что понятие шизоидности нельзя понимать безгранично широко. Стенический и астенический типы реакций Кречмера принадлежат не только шизоидам, также как и его экспансивный и сенситивный типы. Это просто деление по степени активности. Мы видели, что кроме экспансивных шизоидов есть экспансивные эпилептоиды, и сенситивность психастеников иная, чем сенситивность шизоидов: в ней больше простоты, больше непосредственного чувства, больше мягкости; тревога у астеников больше эмоциональна, а у шизоидов более холодна; в них нет шизоидного "прощаю все другим, но не прощаю себе", нет замкнутости шизоидов и т. п.

Гоффманн полагает, принимая во внимание частое присутствие в семьях психастеников как маньякально-депрессивного, так. и шизоидного предрасположения, что психастеники в своей основе имеют смешение этих предрасположений, но такое мнение, как это справедливо отмечает и Керер, не ясно, как и все учение а "смещениях" (Legierung). Мы неоднократно указывали, что смешения таких сложных генетических комплексов, как шизофрения и маньякально-депрессивный психоз, как замкнутых целых, не может быть; за последнее время и сам Гоффманн и Кан, столпы учения о Legierung, ограничивают его и идут, как и мы, по пути выделения отдельных, более простых свойств. Таким образом, мнение о самостоятельном существовании психастенического гена, становится все более несомненным.

Возникает еще вопрос, относится ли психастенический механизм к стойким глубинным механизмам, или он принадлежит к условным рефлексам, как думает Керер. Керер полагает, что при навязчивых состояниях дело идет о ненормальной, в раннем детстве образовавшейся склонности к ассоциативной символической (assoziative Symbolfixierung) под влиянием аффекта, что основу навязчивых состояний составляет "нарушение эротичности в виде заторможения относительно сильной и рано развившейся сексуальности". Точно также и Кречмер относит возникновение навязчивых идей к особенностям ассоциативного аппарата при сенситивном характере. С нашей точки зрения, едва ли самый вопрос может быть поставлен так. Нет сомнения, что все глубинные механизмы тормозятся для приведения их в соответствие с реальной действительностью корковым аппаратом условных рефлексов, но сущность возникновения стойких патологических влечений (хотя бы и рано развившейся сексуальности) лежит в извращении глубинных механизмов влечений, а не в опирающихся на них условных рефлексов. Неправильная установка рефлексов именно потому и получается, что их глубинная основа патологична. Совершенно несомненно, что в каждом психическом акте человека принимает участие и аппарат условных рефлексов, но они представляют из себя лишь пути для соединения анализаторов внешнего мира с глубинными механизмами и сами по себе не создают новых сущностей. Стойкая передача навязчивых идей по наследству также говорит против значения условных рефлексов в их генезе.

Признав генетическую стойкость и самостоятельность психастенического комплекса, мы должны еще решить вопрос, просто или сложно его генетическое строение. Здесь придется, быть может, принять во внимание и участие в его построении особенностей половой жизни психастеника. Еще раньше Керера, Штраймер признал правильность Фрейдовского утверждения, что сексуальная жизнь играет большую роль в генезе навязчивых идей. Гоффманн у людей с навязчивыми идеями также отмечает сильное половое влечение и извращение полового чувства с мазохистическими тенденциями, гомосексуализмом. С другой стороны, педантичность, любовь к порядку, совестливость, мягкость психастеников создают препятствия к проявлению сексуальных ненормальностей. На почве этого противоречия, по Гоффманну, создается конфликт, и навязчивые идеи

являются выражением этой борьбы двух различных генотипических предрасположений. Гоффманн считает даже эти особенности доказательством соединения в психастении маньякально-депрессивного и шизоидного ядра, причем сексуальные перверсии он считает выражением шизоидной сущности, а мягкость, советливость-чертами циклоидной сущности. Но подробный анализ психастеников с этой стороны дан только в двух случаях Гоффманна, частью Штромайером, и дело дальнейших исследователей выяснить значение сексуальных перверсий в происхождении психастенических явлений, тем более, что генетического анализа своих генеалогий с этой точки зрения не дает даже и Гоффманн.

Многие авторы отмечают различные признаки инфантилизма у психастеников, и Керер думает, что условием развития психастении является наличие своеобразной комбинации раннего созревания и задержек развития. Возможно, что происхождение навязчивых идей, часто связанных с фобиями, аффектом страха и тревоги имеет отношение к гормонам адреналина (Кеннон), и в этом, действительно, есть нечто общее между маньякально-депрессивным психозом и психастенией. Но это предположение пока еще меньше обосновано, чем все предыдущие.

Разбирая все эти особенности психастенических проявлений, мы видим много общего с теми отношениями, которые имеются при параноидной конституции. Здесь также имеется в смысле клиническом и возможность острых психогенных вспышек навязчивых идей, и случаи хронического их развития без резкого изменения личности, и связь их с маньякально-депрессивным психозом и с шизофренией. Это все свидетельствует о том, что целый ряд факторов, мобилизующих параноидное предрасположение, мобилизует также и предрасположение психастеническое. Однако, крайняя редкость существования в одной и той же семье навязчивых состояний и состояний параноидных свидетельствует об их самостоятельности. Да и среди мобилизующих факторов есть такие, которые действительны только для одного и недействительны для другого. Так, органические поражения мозга нередко мобилизуют параноидное предрасположение, но, по-видимому, не являются возбудителями предрасположения психастенического.

1) Под навязчивыми идеями понимаются такого рода идеи, которые несут в себе чувство субъективной принудительности, невозможности от них избавиться, хотя самим пациентом они в спокойном состоянии сознаются как нелепые. Собственно нелепо обычно не самое содержание идей, а то, что они доминируют над другими и управляют поведением без соотношения к реальной действительности. Обычно происходит борьба между рассудком и навязчивой идеей, и, как правило, побеждает, несмотря на все доводы рассудка, последняя.

ГЛАВА VIII. ПСЕВДОЛОГИЧЕСКАЯ (ФАНТАСТИЧЕСКАЯ, МИФОМАНИЧЕСКАЯ) КОНСТИТУЦИЯ Психопатические конституции
Т.И Юдин

Еще в 1891 году Дельбрюк описал особый патологический; синдром, названный им pseudologia phantastica, который состоит в том, что пациенты живут в мире вымысла, отрываясь от мира реальности; своей фантазией они руководствуются в своих поступках, склонны ко лжи, хвастовству, живут беззаботно изо дня в день, легко прибегают к представляющимся случаям наживы: к случайному воровству, мошенничеству, обману. Дельбрюк, полагал, что данный симптомокомплекс "может встретиться при любой форме душевного расстройства". По Штеммерманн, писавшей свою работу под руководством Дельбрюка, причиной возникновения этой формы является наследственное отягощение, наличие известного психического недоразвития или слабоумия и особая склонность к фантастической лжи, толчком к которой, служит желание (Wunschpsychose).

В дальнейшем, в психиатрической литературе описано очень большое число

таких случаев (в русской литературе Ф. Е. Рыбаков, Н. И. Скляр и др.). Копией сближает псeйдологов. с параноиками. Шнейдер относит их к группе "ищущих: оценки" психопатов (Geltungsbedtltftige), объединяя их в одно с лицами истерического характера. Точно также к лицам с истерическим характером относят псeйдологов Ясперс и Бумке. Мы дальше указываем, что вследствие своего многообразия, широты и неопределенности истерический характер следует признать сборной группой, подлежащей дальнейшему анализу и делению, а потому и считаем, что отношение столь характерного синдрома, как псeйдология, к истерии не выясняет дело, хотя, несомненно,, при псeйдологии возможны даже и истерические припадки.

Крепелин вполне правильно выделил псeйдологов во вполне самостоятельную группу психопатов под названием "лгуны и мошенники" (Liigner und Schwindler). По Крепелину псeйдологи отличаются живой восприимчивостью, играючи приобретают отрывочные знания, кажутся весьма одаренными. Они с удивительной легкостью вступают в новые знакомства с людьми, приспосабливаются к ним, и в первое время производят часто выгодное впечатление, тем более, что они обычно хорошо владеют речью, нередко обладают художественными способностями. Но их склонность к измышлению или разукрашиванию несуществующих фактов, радость при уничтожении границ между действительностью и воображением, их неспособность к усидчивости, к систематическому занятию чем-либо, так как их мысли и стремления расплываются во всех направлениях, делают их неспособными к продуктивной работе. Они воображают себя внесоответствующем действительности положении и свое настоящее, прошлое и будущее так себе представляют, как это им кажется в их фантазии.

Настроение их розовое, повышенное, хотя и представляет колебания. Они обычно верят "в свою звезду", шутят, поют, рассказывают небылицы, часто приписывают себе высшие чины, титулы и т. п., и сами, как дети, верят в эти фантазии, погружаются в свои грезы, видя их без основания осуществляющимися наяву. В их поведении отмечается некоторая театральность. Но при неудаче они довольно легко впадают, правда, в кратковременное, отчаяние и даже совершают, обычно театральные, попытки на самоубийство. Вследствие недостаточного понимания, какие средства допустимы при выполнении своих желаний, они часто вступают в столкновение с законом, обвиняются в мошенничестве, лжесвидетельстве, растратах, обманах и т. п.

До сих пор обычно описывались только резко патологические формы псeйдологов, приводившие их к столкновению с законом и в психиатрическую клинику, но, несомненно, существует большое число лиц, у которых способность фантазировать, будучи также сильно развита, однако, достаточно управляется высшими центрами. По нашему мнению и все патологические формы развиваются на фоне этой своеобразной "фантастической" конституции.

В науке точное определение понятия фантазии и различие между ней и памятью встречается с большими трудностями. Вундт, расширяя понятие фантазии, говорит, что оно охватывает все виды творческой психической деятельности, включая и воспроизводительную деятельность, приписываемую обычно памяти. Не только у Декарта, Спинозы, но и у Локка и Юма нет точного определения этого понятия. Кант, говоря о творческой фантазии, ставит ее выше памяти, как главную творческую силу души. Блейлер указывает, что для воображения, фантазии нужно уже обладать способностью мыслить.

Однако, это не совсем правильно. Фантазия есть процесс наглядного представления, мышление же есть абстрактное соотношение понятий, нахождение логических соотношений, при чем наглядное представление есть только средство для отыскания этих соотношений. Наглядное представление,

т.е. система распределенных в пространстве и времени ощущений, несомненно, старше, чем логическое мышление. Психолог Фарендонкк поэтому говорит о "досознательном фантазирующем мышлении (vorbewusste phantasierende Denken)".

Мы знаем, что фантазия играет наибольшую роль у детей; ребенка не нужно учить фантазировать, как надо учить логически мыслить, а, наоборот, его приходится отучивать от фантазирования. Когда нет солидного опытного знания для понимания явлений, невозможно логически построить систему объяснений, тогда фантазия заполняет пробелы своими неопределенными наглядными представлениями. Ребенок, увидя в первый раз мелкую серебряную монету, но уже зная о рубле, называет ее "деткой рубля". Одна девочка спросила, "звезды не яйца ли, которые кладет месяц". Это типичные примеры, из которых видно, как на филогенетически старых способах наглядного представления, фантазирующего мышления вырастают логические формы мышления. Различные мифы древних народов также представляют смесь мышления фантастического с мышлением логическим. Мы знаем также, что у людей с развитым логическим мышлением бывают моменты не сдерживаемого ничем фантастического мышления, но это бывает во сне, когда высшие механизмы бездействуют.

Все это подтверждает, что способность к фантазии надо от жести к более древним, глубинным психическим механизмам.

Даже высшая форма фантазии "творческая фантазия", интуиция относится, вероятно, к глубинным механизмам. Блейлер, говоря о способах мышления, различает дедуктивное, индуктивное и интуитивное мышления, при чем указывает, что интуиция, собственно, есть "особый род общего влияния на мышление, а не способ мышления, и с этой стороны имеет большое родство с аффективностью, так что является вопросом, не представляет ли интуитивное мышление один из видов аффективного состояния".

Все это дает нам известное право говорить об особой "фантастической конституции", ставя ее в один ряд с конституциями шизоидной, параноидной и др. Выделение этой конституции не является вполне новой мыслью: Дюпре давно уже говорит о фантастической конституции, называя ее мифоманической. "При этом - говорит Дюпре, - особенно выдается неспособность точно воспринимать, удерживать и правильно относиться к объективным фактам; эта неспособность лежит в основе физиологической мифо-мании в детстве". "Мифоман - по Дюпре-обычно весь изменяется сообразно своим инспирациям, он находится во власти своих фантазий и свои действия сообразует со своим вымыслами. Он раскрашивает ими жизнь. Двигателями его поступков являются: хвастовство, тщеславие, разврат, корыстолюбие". Т.е., не суждение руководит мифоманами, а низшие инстинктивные побуждения. Руководящим в его жизни является принцип "удовольствие-неудовольствие", а не разум. Блейлер в своем учебнике также мельком говорит о конституции со склонностью к фантазии (phantastische Konstitution) 1). Клод, Борель, Робэн описывают даже дифференциальное отличие этой фантастической, мифоманической конституции от шизоидной. Мифоманы очень внушаемы, шизоиды-наоборот, люди наименее поддающиеся постороннему воздействию. Мир фантазии мифоманов изменчив, у шизоидов - стабилен. Мифоманы не различают реального от своих фантазий, они согласуют свои желания с воображением. Шизоид, наоборот, не ищет реализации своих концепций. Наоборот, он создает свой воображаемый мир, чтобы бежать от внешнего мира. Мифоманы всем рассказывают о своих мечтах, ищут для этого общества; шизоид думает о них только в самом себе. Первые часто не вполне сознают, что они фантазируют; вторые всегда прекрасно знают, что они создают мир воображаемый.

В немецкой литературе это отличие шизоидного, аутистического мышления от фантастического мышления мы находим с не-сколькими измененной

терминологией. Еронфельд отличает "фантастов" и "псейдологов", причем разницу видит в том, что "фантаст" изменяет ценности окружающего мира для себя, а псейдологи изменяют свои ценности для окружающего мира. По Еронфельду фантастам не достаёт активности. Также и Груле говорит о фантастах, как о людях, которые "романтики только в своих мечтах". Еронфельд и Груле фантастов и углубленных в себя шизоидных аутистов считают весьма близкими.

С генетической точки зрения самым правильным способом доказательства самостоятельного существования "фантастической конституции" являлся бы факт ее стойкой наследственной передачи. Как глубинный, прочно закрепленный механизм, она, находясь по силе своего проявления, как и всякая глубинная конституция, в зависимости от степени развития высших слоев психики и от окружающих условий, все же в той или иной мере должна стойко держаться в определенных семьях.

Действительно, мы хорошо знаем, что у одних людей образы фантазии яркие, у других - бледны, неясны, неопределенны, можно сказать, отсутствуют.

Гоффманн у целого ряда членов фамилии Берты Хампель, описанной Ланге, отмечает "наклонность к фантазии". Мы с А. Г. Галаच्याном в нашей обширной генеалогии семьи Г-ых также отметили в 4-х поколениях ясную склонность к фантазии, при чем очень интересно, что ясен был и генетический источник происхождения этой особенности в семье. Она была внесена одной из родоначальниц семьи прабабкой Б-ых; при этом особенно интересно, что другая сестра этой прабабки, вышедшая замуж за Ап-на, также и в эту семью внесла фантастический ген.

Изучение типа наследственности фантастической конституции весьма трудно, так как большинство резко выраженных псейдологов попадают в психиатрические больницы вследствие своей преступности, они часто блуждают по всей стране, попадают в больницы не тех районов, где постоянно живут, и собрать объективные сведения об их генеалогии от здоровых членов семьи обычно не удастся, сами же они, вследствие своих особенностей, сообщают сведения, которым доверять нельзя. Так, например, у 4-х, описанных в работе И. Н. Жилина псейдологов, наблюдавшихся в Казанской психиатрической клинике, только один имеет объективную генеалогию, другие сообщают о своих родственниках самые фантастические сведения. Несомненно, по нашему мнению, что псейдология нередко наблюдается в маньякально-депрессивных семьях. Так, среди описанных в литературе псейдологов с достаточными объективными наследственными данными, псейдолог, описанный Вендтом, несомненно, происходит из маньякально-депрессивной семьи (прадед - самоубийца, мать с резкими колебаниями настроения). Разбирая подробно приведенную нами выше нашу юемью, мы пришли к заключению, что фантастический ген наследуется рецессивно и часто входит как составная часть в маньякально-депрессивный психоз.

Старые авторы часто отмечали среди предков псейдологов истерический характер (напр., случай, опис. Горингом). При широком понимании истерической конституции в нее также входит "клонность к фантазии, театральность: возможно, что при более точном конституциональном разборе здесь мы вместо истерического характера увидели бы настоящих псейдологов. Вообще до сих пор мало еще обращалось внимания на нерезко выраженные случаи фантастической конституции. Следует отметить, что фантастическая конституция лишь при условиях недостаточности управления фантазии высшими центрами, при отсутствии, *fonctkm dn reel*, ведет к отрицательным патологическим проявлениям, в обычных же, некриминальных случаях ее просматривают, и вопрос еще ждет подробного генетического изучения.

При известных условиях люди, обладающие этой конституцией, наоборот, могут быть весьма ценными. Недаром говорят о творческой фантазии. Весьма вероятно, что ген фантазии, в соединении с достаточно сильными высшими

нейропсихическими аппаратами, создает художников, писателей, изобретателей и т. п. Интересно, что говоря о творчестве, говорят обычно об интуиции, вдохновении, т.е. не о суждении, а о глубинных (эмоциональных) переживаниях. В нашей семье Г-ых мы также видели среди ее членов выдающегося писателя и немало лиц литературно одаренных.

Возможно, конечно, что псеидологическая конституция может оказаться соединенной и с другими патологическими конституциями, например с шизоидной, и тогда возможны вспышки псеидологии и у шизоидов. Такой случай из нашей клиники описан И. Н. Жилиным, но особенно часто соединяется псеидологический ген с маньякально-депрессивным психозом, почему, повидимому, многие авторы, начиная с Дельбрюка, и говорят о периодичности псеидологии, хотя возможно, что во многих случаях периодической псеидологии дело идет в сущности не о связи с колебаниями настроений и с маньякально-депрессивным психозом, а просто об эпизодических обострениях самой псеидологической конституции.

Из высших механизмов полушарий головного мозга фантазию, как мы уже говорили, наиболее часто связывают с памятью и. потому наиболее резкого патологического выявления фантазии можно было бы ожидать при тех формах повреждения мозга, где расстраивается память. И действительно, при Корсаковском психозе нередко говорят не только о псеидореминисценциях, но и о конфабуляциях. Очень интересно, что во многих случаях тяжелого Корсаковского психоза при очень больших расстройствах: памяти конфабуляций, однако, не бывает. Возможно, что конфабуляции наблюдаются только там, где есть фантастический ген, фантастическая конституция. Генетических исследований в этом, направлении еще не было; в высшей степени желательно было бы их произвести.

Однако, не только при расстройствах памяти, но и при других поражениях головного мозга выявляется склонность к фантазии, если она генетически существовала у данного лица. Еще Дельбрюк говорил о случаях псеидологии при прогрессивном параличе. Дельбрюк, Крепелини многие другие указывают, что при патологической псеидологии всегда существуют врожденные дефекты интеллекта.

Это вполне понятно, если считать фантастическую конституцию, обусловленной глубинными механизмами. Как и все другие проявления глубинных механизмов, склонность к фантазии резко выступает, "освобождается" именно при ослаблении контролирующих высших механизмов.

Очень интересны, и также доказывают глубинную конституциональную сущность псеидологии, те случаи, где люди с фантастическим предрасположением реагируют в известных трудных положениях (при инфекциях, травмах, тяжелых переживаниях и т. п.) острым, скоро преходящим психозом в форме *pseudologia phantastica*.

Такие случаи также описаны в литературе. Так, Фан-дер-Торрен 2) описывает случай, когда во время острого психоза, с беспокойством, галлюцинациями, но без определенного затемнения сознания, некоторое время наблюдалась вполне выраженная *pseudologia phantastica*.

Продукты фантазии группировались вокруг психической травмы, вызвавшей психоз: действительно бывшего у больного гонорейного заражения. Больной был склонен к фантастическим реакциям как ребенок и, как позднее с несомненностью выяснилось, вполне понимал нереальность своих рассказов.

Другой, еще более интересный случай, по нашему мнению, острой вспышки *pseudologia phantastica* описан П. Б. Ганнушкиным в его диссертации "Острая паранойя". Больной, 17-ти лет, приказчик, всегда склонный к фантазированию, у которого всегда была заветная мечта разбогатеть, при чем он рисовал в своем воображении картины того счастья, которое выпало бы на его долю, если бы он разбогател, склонный всегда ко сну (спал по 11-12 часов

в сутки), остро заболел головной болью. К вечеру, того же дня он стал рассказывать, что уедет к богатому дяде в Сибирь, что он нашел 105 тысяч. Утром не пошел на службу, стал рассказывать, что он встретил на бульваре богатую даму, ехавшую в карете; она пригласила его в карету и отвезла домой, здесь его накормила, после чего он отправился с барыней в спальню; барыня после этого дала ему 35 тысяч и эти деньги лежат в банке. Указывал брату даже тот дом, где все это происходило. Помещенный в психиатрическую клинику Московского университета охотно и обстоятельно рассказывал всю эту историю, прибавляя каждый раз все больше подробностей. Он имел дело не только с барыней, но и с ее дочерью-красавицей и получил за это еще 100 тысяч. Все время был занят мыслями о своем богатстве, фантазировал об ожидающей его привольной жизни. В окружающем оставался ориентированным, галлюцинаций и иллюзий не было. Говорил только, что болит голова.

Так продолжалось 3 дня и после этого наступило вполне критическое отношение к своим фантазиям, и в дальнейшем выписался вполне здоровым.

П. Б. Ганнушкин в параллель с этим случаем ставит еще случай Легрена (цит. по Баллю), где мужчина 30 лет в течение 3-х дней воображал себя Наполеоном, галлюцинаций не наблюдалось, а по истечении 3-х дней больной вполне поправился.

К этой же группе острых вспышек "фантастической" конституции принадлежит и большой ряд тюремных психозов.

Крепелин указывает на сродство бреда заключенных с патологическим типом "лгуна и плута". Несомненно, значительная часть Бирнбаумовских "бредоподобных фантазий дегенерантов", которые нередко появляются в тюрьме, в своей основе имеют "фантастическую" конституцию, и естественной основой для происхождения и изменчивости обильных продукций в психозе здесь является лживая ("фантастическая") личность больного вне психоза. Е. К. Краснушкин в своей статье "К вопросу об отношении психогенных психозов к конституции" приводит интересный случай острого тюремного психоза, доказывающий это положение.

Все эти, приведенные нами данные, думается, дают нам полное право установить конституциональное и глубинное происхождение "фантастических" механизмов, установить существование самостоятельной псевдологической, фантастической конституции.

1) Bleuler. Lehrtmch d. Psychiatric Berlin 1918.S. 395.

2) Цитир. по реферату в "Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych". 38. Н.

ГЛАВА IX. КОНСТИТУЦИИ ЭПИЛЕПТОИДНОГО КРУГА Психопатические конституции

Т.И Юдин

Современная психиатрическая клиника вполне установила, что у людей, страдающих эпилептическими припадками, в известном числе случаев, которые клиника называет генуинной эпилепсией, развивается вполне определенное изменение характера. Психическая картина этого эпилептического изменения характера настолько типична, что диагноз заболевания, в большинстве случаев, может быть установлен по одному статусу. Психиатры так описывают этот эпилептический характер: "Прежде всего, отмечается замедление усвоения восприятий и переработки внешних впечатлений, сужение умственного кругозора. Вследствие этого "я" приобретает несоответственно большое место в сознании, развивается особая внимательность к своему здоровью, бесконечные разговоры о нем, эгоистическое невнимание к чужим интересам и приторная нежность к родным. Речь отличается обстоятельностью, медлительностью, однообразием, избытком ненужными подробностями со склонностью к нудным, выматывающим поучениям. Поведение обычно льстиво, часто наблюдается мелочная точность,, аккуратность, тщательное соблюдение внешних форм

вежливости, необыкновенное пристрастие к внешнему порядку, доходящее до комизма, формализм и педантичность. В то же самое время больные легко раздражаются, склонны к злобным нападениям, аффектам гнева. Больные часто бывают крайне религиозны. Но религиозность их также сухая, формальная, без смирения и сердечной теплоты, фарисейски самодовольная, ханжеская. Нередко при этом наблюдаются приступы тоски или страха с темными инстинктами разрушения и смерти, часто приводящие больных к попыткам к самоубийству и к нападениям с убийствами". Уже давно дана краткая и меткая характеристика таких больных: "с крестом в руке, евангелием на устах и с камнем за пазухой".

Нередко психика, близкая к эпилептической, является и врожденной и часто не сопровождается в этих случаях судорожными припадками; тогда говорят о врожденной эпилептоидной психопатии. По поводу этих психопатов Крепелин в своем учебнике говорит следующее: "нельзя отрицать, что встречаются психопатические личности, особенности которых заставляют думать об их близком отношении к эпилептическому вырождению. Это, во-первых, некоторые раздражительные, мелочные, черезчур набожные педанты и, во-вторых, некоторые ограниченные, гневливые эмоционально-тупые грубияны. Дальнейший клинический опыт должен показать, насколько правильно в таких случаях говорить об "эпилептоидных психопатах".

П. Б. Ганнушкин полагает, что "эпилептоидную психопатию" характеризуют следующие качества: во-первых, крайняя раздражительность, доходящая до приступов неудержимой ярости; во-вторых, приступы расстройства настроения (с характером тоски, гнева, страха) и, наконец в-третьих, определенно выраженные моральные дефекты".

П. Б. Ганнушкин считает, что как психопатическую реакцию эпилептоидный психопат может давать: 1) картину большого двигательного возбуждения, буйства; 2) картину резкой тоски, 3) картину сумеречного состояния и 4) картину псевдодеменции. Близки к этим эпилептоидным психопатам и те, которых Крепелин описывает под названием "возбудимых психопатов" (Erregbare), Шнейдер-"explosible", Братц и Лейбушер под названием "аффект-эпилепсия", Баер - "impulsive Gewalttutige", Девенпорт-"violent temper". Это люди, которые по самому незначительному поводу развивают крайнюю эмоциональную реакцию возбуждения, "Kurzschlussreaktion", часто покушаются на самоубийство, склонны к нападениям на других, отличаются колебаниями настроения, особенно в сторону депрессии и т. д. Особенно интересно описание Братца, который говорит, что эти психопаты под влиянием психического возбуждения склонны не только к истерическим припадкам, но и к настоящим типичным эпилептическим. Крепелин причисляет к этой группе 1/3 всех своих психопатов и указывает, что у них обычно наблюдается ненадлежащее или запоздалое развитие и что неспособность подавлять свои эмоции и управлять собой есть вообще особенность детского или недоразвитого субъекта.

Кроме того, к группе эпилепсии относится и целый ряд явлений, считавшихся эквивалентом судорожного припадка: дипсомания, периодически наступающие кратковременные состояния угнетения, периодические сумеречные состояния (Клейст), приступы сна (нарколепсии), головокружения, мигрени.

Кроме того, встречаются случаи эпилептических припадков, которые не ведут к изменению характера, случаи так называемой "симптоматической" эпилепсии, связанной с грубыми органическими нарушениями целостности мозга, которые протекают без изменений характера. Недостаточно точное клиническое и патолого-анатомическое разграничение всех этих различных форм эпилепсии ведет, конечно, к значительным трудностям в выяснении наследственно-биологической сущности сложного построения отдельных форм эпилепсии. Однако, прежде всего можно считать особым

идиотипическим свойством самую склонность к судорожным реакциям, хотя здесь придется принять во внимание, что эффекторная (двигательная) часть нервной системы очень бедна и однообразна по сравнению с частью рецепторной: Шеррингтон образно сравнивает отношение системы рецепторов к системе выносящих путей - эффекторов с отношениями между широким отверстием воронки к ее вытечному отверстию. Благодаря этому, склонность к судорожным реакциям (Krampffähigkeit) свойственна весьма широкому кругу людей; она, быть может, является одним из наиболее широко распространенных и наиболее примитивных способов защиты организма от многих внешних и внутренних вредностей. Поэтому-то мы видим судорожную "реакцию и как результат различного рода повреждений мозга (энцефалит, менингит, недоразвитие мозга, абсцессы, травмы и т. д.), и как результат внешних токсических влияний (алкоголь, инфекции: тиф, дифтерия, скарлатина), и как результат внутренних токсических моментов (эндокринные влияния, судороги при dementia praecox), и, наконец, как результат присутствия особых генных структур (наследственные болезни: амауротическая идиотия, туберозный склероз, миоклонус-эпилепсия, микроцефалия, мегалэнцефалия, генуинная эпилепсия, спазмофилический диатез). Однако, является несомненным, что все эти моменты далеко не всегда вызывают судорожные припадки: мы знаем, например, особенно из опыта последней войны, что далеко не все люди с травмой черепа имеют эпилептические припадки, при чем дело здесь идет, повидимому, не о разнице локализации ранения или его силы, а именно о внутренних конституциональных особенностях самого раненого: имеет он склонность к судорожным реакциям или нет. Бонгоффер, Гауптманн, Фогт считают, что и сифилитическая эпилепсия возникает лишь в том случае, если есть предрасположение к судорожным реакциям. Точно также думают Шредер и Фогт относительно "привычной эпилепсии пьяниц".

Со времен Гуслера считается установленным, что спазмофилический диатез и детские судороги не имеют с нозологической клинической точки зрения ничего общего с генуинной эпилепсией, однако, исследования Рюдина показали, что в то время как детские судороги в семьях маниакально-депрессивных больных поражают 14% всех братьев и сестер пробанда, в семьях эпилептиков этот % выше 20. Таким образом, надо думать, что склонность к судорогам все же играет роль одного из компонентов генуинно-эпилептической конституции.

Очень интересны также исследования, которые доказывают, что эпилептические припадки прежде всего связаны с наследственной органической неполноценностью мозга. Так, Штейнер показал, что существует зависимость между леворукостью и эпилептическими припадками. Он нашел, что в семьях эпилептиков очень часты родственники-левши: из 91 эпилептиков правшей- 81 чел. = 89%! имели родственников левшей, в то время как в населении этот % равен 10-15%. Далее, в семьях левшей - по Штейнеру-эпилепсия встречается чаще, чем в семьях правшей: в 294 семьях левшей эпилептические припадки имели 4,1% всех членов, а в 273 семьях правшей не было ни одного эпилептика. Интересно, что многие авторы утверждают, что левши чаще встречаются среди мужчин; такое же утверждение, как известно, делается и относительно эпилепсии. По данным Джордана и Горста, а также Ремана 1), который исследовал 1740 случаев леворукости, леворукость наследуется как признак рецессивный, а потому возможно много случаев, когда ген леворукости остается латентным, чем и объясняется, что не все эпилептики левши. Однако, и здесь Штейнер среди 74 эпилептиков явную леворукость нашел в 13 сл.=17,6%, в 48 случ.=64,9% эпилептики, хотя и были правши, но в их генеалогии были обнаружены леворукие, т.е. вероятно ген леворукости здесь имелся, но был скрыт доминантным геном (гетерозита).

Такое же отношение существует по Штейнеру между эпилептическими припадками и различными дизартрическими расстройствами речи (заикание, картавость, шепелявость и т. д.) и ночным недержанием мочи, при этом эти дефекты также свидетельствуют о генетически неполноценном мозге. Брайант 2), наблюдавший свыше 20000 случ. заикания, утверждает, что, по крайней мере, в половине этих случаев заикание имелось и у ближайших родственников больного.

Штейнер полагает, что и леворукость, и заикание часто возникают в одной и той же семье, и в этих именно семьях он часто встречал и эпилептиков. Как образец приведем такие семьи Штейнера:

I семья. О родителях неизвестно ничего особенного. Дети:

1-здоров, 2-заика, 3-левша, 4-эпилептик, 5-детские судороги, 6-здоров, 7-недержание мочи.

V семья. Дед по отцу-левша. Отец-левша. Дети : 1-здоров, 2-здоров, 3-левша и эпилептик, 4-здоров, 5-до 9-ти лет ночное недержание мочи, 6 судороги в 5 л. возрасте и т. д.

Девенпорт и Уик также в своей работе о наследственности эпилепсии отмечают связь эпилепсии с некоторыми формами врожденного слабоумия: эпилептики-родители часто (1 на 3) имеют слабоумных детей, а родители-слабоумные часто имеют детей эпилептиков (5 на 21).

Отмечают также, что в семьях эпилептиков часто встречаются лица с невыносливостью к алкоголю, что также свидетельствует об органической мозговой неполноценности таких субъектов.

Следует при этом отметить, что неполноценность эта, главным образом, моторная. Очень интересны наблюдения Фолланда, что при эпилепсии, даже в тех случаях, где вначале этой моторной недостаточности не замечали, она нередко резко проявляется при нарастании эпилептического слабоумия. Слабоумные эпилептики, по Фолланду, часто обнаруживают целый ряд моторных особенностей; у них наблюдается: склонность к общей контрактуре мышц, втянутая в плечи голова, согнутые в коленях и с отведением ноги, походка с опорой на внутреннюю часть стопы, держание ложки за едой с отведенным локтем, во сне они часто принимают положение внутриутробного младенца. Все эти особенности напоминают моторные особенности обезьян и свидетельствуют о преобладании стволовых двигательных механизмов. Кнаппс определенно говорит, что моторные дефекты слабоумных эпилептиков часто похожи на картины псевдобульбарного паралича и дрожательного паралича, т. е. болезней экстрапирамидного генеза.

Если принять все это во внимание, сопоставить с тем, что эти эпилептические особенности имеют тенденцию к стойкому пребыванию в отдельных семьях, мы будем особенно близки к трактованию эпилепсии как генетического преобладания низших двигательных механизмов.

Эта моторная примитивность нередко связана и с примитивностью психической. Нодашер отметил, что 75% идиотов, 44% имбециллов и 25% дебильных детей имеют и моторную отсталость. До сих пор моторные особенности душевно-больных очень мало исследуются. Весьма вероятно, что преобладанию при душевных болезнях примитивных психических механизмов в известных случаях- и особенно при эпилепсии-соответствует и примитивность моторики. При эпилепсии, впрочем, эта примитивная моторика бросается в глаза в самом судорожном припадке. И с этой особенностью (припадками) особенно легко соединяется эпилептоидный характер, но надо думать, что и другим психопатическим характерам (шизоидному, параноидному и т. д.) соответствуют свои виды примитивной моторики 3).

Что касается эпилептоидных психопатов, то относительно наследственных особенностей в их семьях имеются такие исследования. Меггендорфер, исследуя генетические основы морального слабоумия, выделил группу

аффект-эпилептиков. К этой группе он относит лиц, которые с раннего детства причиняют массу забот и трудностей своим воспитателям; они, еще будучи грудными детьми, беспокойны, у них трудно прорезываются зубы, они склонны к детским судорогам; позже они раздражительны, злобны. Большей частью они достаточно умственно развиты, но эмоционально неустойчивы, искатели приключений; в связи с эмоциональными переживаниями у них бывают головокружения, эпилептические припадки и даже *petits inals*, часто у них наблюдаются аффективные делирии и аффективные сумеречные состояния.

В семьях этих аффект - эпилептиков Меггендорфер не нашел никаких душевных болезней, не нашел и эпилепсии, однако аффект-эпилептические особенности стойко держались в нескольких поколениях, и Меггендорфер, поэтому, приходит к заключению, что аффект-эпилепсия представляет особый генотип.

Крепелин также для своих возбудимых психопатов нашел наследственное отягощение душевными болезнями только в 4% (по Диму у душевно-больных это отягощение=18,1%) У душевно-здоровых=2,2%).

Девенпорт исследовал наследование раздражительного темперамента (*violent temper*) в 165 семьях, из них в 21 семье с этим темпераментом наблюдались также и случаи эпилепсии,, в 21 семье случаи маниакальных психозов, в 24 семьях-случаи истерии, в 25 семьях-случаи различных других психозов и в 74 семьях психозов не было.

В большинстве семей раздражительный темперамент наблюдался не у одного, а у многих лиц в семье, при чем были семьи, где он стойко держался все исследованные 3-5 поколений, например (зачернены лица с раздражит, темпераментом):

генеалогия

Иногда можно было проследить, как раздражительный темперамент двух различных генеалогий, в конце концов, имел общий источник, и передается через браки в другие семьи, например:

генеалогия

Вся эта семья высоко интеллигентна, во всех поколениях имеет профессоров высших школ. Психозов в этой семье не было.

В этих семьях случаев эпилепсии также не было. Таким образом, несомненно существует много семей, где эпилептоидный характер стойко наследуется, не сопровождаясь типическим прогрессирующим слабоумием генуинной эпилепсии. Но, с другой стороны, и в семьях с генуинной эпилепсией мы видим много членов с чертами эпилептоидной психопатии. Ярким примером такой семьи является обширная генеалогия Ромера, в его генеалогии случаи генуинной эпилепсии развиваются на фоне семейных особенностей в виде своеобразного характера с приступами гневливости, вспышками двигательного возбуждения, периодического пьянства и случаев врожденного слабоумия. Вот эта генеалогия.

Также известен ряд семей, в которых и другие особенности, встречающиеся при генуинной эпилепсии, наследуются как самостоятельные моносимптоматические единицы. Так, Редлих, Вестфаль, Г. Фишер, Нормакк, 4) описали семьи с державшейся в ряде поколений нарколепсией без случаев эпилепсии; Доббинг- Экономо описал 4 семьи с наел, державшейся дипсоманией без эпилептиков в семье, Клейст описал случай сумеречных эпизодических состояний у матери и сына и т. д.

Все это заставляет думать, что в генуинной эпилепсии принимает участие большое количество генных факторов, которые то "уществуют отдельно, то соединяются в большую группу (генуинная эпилепсия), то соединяются меньшими группами.

Блейлер считает, что "эпилептоидные характеры" представляют легкие формы генуинной эпилепсии. Нам кажется, что это не совсем точно:

правильнее думать, что эти характеры "оставляют один из генных компонентов генуинной эпилепсии. Подобно тому как шизоид вовсе не есть легкая форма шизофрении, отличаясь от нее не только количественно, но и качественно (генетическую формулу шизофрении определяет присутствие генов ху, а шизоидные характеры - один только х или один только у), так и эпилептоидная психопатия отличается от генуинной эпилепсии не только количественно. Для образования генуинной эпилепсии требуется присоединение к гену эпилептоидного характера для целого ряда генетических особенностей. Действительно, генетические исследования случаев генуинной эпилепсии показывают весьма сложное строение ее генетической формулы.

генеалогия

Гоффманн в 8 семьях, где один из родителей был эпилептик, 5) среди 37 детей нашел лишь 3-х эпилептиков = 11,1%. Клаус, по сообщению Рюдина, в 55 семьях, где 1 родитель был эпилептик, нашел из 137 детей-13 эпилептиков = 9,48%. Тома Уолкер в 117 таких семьях на 280 живых детей нашел 22 эпилептика = 7,85%.

Исследование Рюдина относительно семей, где родители не были эпилептиками, но был эпилептик один из братьев или сестер, дало среди всех братьев и сестер всего у 2-2% эпилептиков.

Все это свидетельствует о рецессивности генуинной эпилепсии и при этом рецессивности полигенной. Надо думать, что в эпилептической генной формуле принимают участие не менее 3-х, а, вероятно, и большее число генов. Рецессивность генуинной эпилепсии принимают Ромер, Йоргер, Гоффманн, Штротмайер, Сименс, Фолланд, Шнелль и др.

Хотя генетических исследований генуинной эпилепсии еще очень недостаточно, мы, принимая во внимание сказанное выше, можем думать, что здесь так же, как и при шизофрении, эпилептоидный характер играет роль одной из составных частей ее генетического ядра. Имея в виду, что в семьях эпилептиков встречается, помимо гневливораздражительных типов, как это указывал уже и Крепелин, также мелочные педанты, мы в параллель с шизофренией гипотетически можем предположить, что генуинный эпилептический характер, как и шизофренический, складывается из двух эпилептоидных компонентов: стенического, склонного к гневным вспышкам возбуждения, злобноактивного "аффект-эпилептического" и астенического - со склонностью к педантизму, с несколько замедленной восприимчивостью 6) мысли, Haftenbleiben (прилипчивость к определенным формам мысли и поведения) и лживости. Однако, это предположение, конечно, требует еще подтверждения.

Помимо того, для появления генуинной эпилепсии требуется известная органическая неполноценность двигательных механизмов и склонность к судорожным припадкам. В согласии со Штейнером и мы в своих семьях генуинных эпилептиков, помимо лиц с эпилептоидным характером, находим много заик, левшей, врожденно-слабоумных и т. д. Рюдин также среди братьев и сестер генуинных эпилептиков нашел гораздо больше врожденных слабоумных, чем среди братьев и сестер маниакально-депрессивных больных. Что касается прогрессивности течения генуинной эпилепсии, то мы и здесь, по аналогии с шизофренией, думаем о паратипических влияниях, возможность действия которых, однако, обуславливается эпилептическим предрасположением.

Ввиду сложности ядра генуинной эпилепсии вполне естественно, что при расщеплении и различных комбинациях отдельных частей ядра могут получаться весьма разнообразные формы: и чистые эпилептоидные характеры без прогрессивности (аналог шизоидов) с возможностью психологически понятных реактивных психозов, и формы врожденного слабоумия (надо бы здесь особенно обратить внимание на двигательные дефекты), и формы

чистого судорожного припадков, и спазмофилический диатез.

Замечательный пример расщепления сложного комплекса генуинной эпилепсии на более простые составные части в последующих поколениях приводит Обергольцер. В его семье мы видим в первые двух поколениях генуинную эпилепсию (3 случая стипич. эпилейтич. слабоумием); уже во втором поколении мы видим эпилептика, у которого судороги прекратились в 38 лет и остались только "приступы головокружения", видим случаи детских судорог; в третьем поколении взамен припадков мы видим случаи легких сумеречных состояний и головокружений, а в четвертом поколении только детские судороги. Таким образом, в этой семье, как следствие расщепления, мы видим как бы "регенерацию" семьи. Кроме того, на этой генеалогии по ходу расщепления видно, как из сложного генного комплекса генуинной эпилепсии выделяются постепенно (путем расщепления) менее сложные: сумеречные состояния, головокружения и еще менее сложные-детские судороги без дальнейших последствий для здоровья. Вот эта генеалогия Обергольцера.

Аналогия между генуинной эпилепсией и шизофренией так велика, что некоторые авторы говорят о связи эпилепсии с шизоидной конституцией. Гоффманн, например, указывает, что в генеалогии Ромера много шизоидных характеров. Несомненно также, что в некотором числе случаев шизофрении наблюдаются эпилептические припадки. Однако, наш опыт говорит, что при более ограниченном понимании "шизоидности" и при внимательном характерологическом анализе эпилептической семьи шизоиды встречаются среди эпилептических семей вовсе не часто, а случаи ясно выраженной шизофрении представляют здесь исключительное явление, гораздо более редкое, например, чем в семьях с маньякально-депрессивным психозом.

Часто представляются, конечно, большие трудности дифференциации некоторых видов эпилептоидных психопатов от шизоидных: астенических эпилептоидов с замедленной восприимчивостью от апатичных, аутистических легких шизофрении, и аффект-эпилептиков от раздражительных экспансивных шизоидов, но дальнейшее уточнение описания свойств этих различных по существу типов при посредстве генеалогического генетического анализа должен выяснить дело. Риттерсгауз указывает, что эпилепсия часто комбинируется с м.д. психозом, но другие авторы категорически отрицают это. Здесь основой ошибки, повидимому, является то, что часто всякие периодические колебания настроения относят к м.д. психозу, но основной чертой м.д. психоза является длительность колебания настроения, а отнюдь не колебание настроения вообще (не периодичность), которая присуща всем вообще психическим состояниям, в том числе и эпилепсии.

Среди эпилептоидных психопатов, а также и среди эпилептиков, мы часто находим лиц с наклонностью к сутяжничеству (Streitsilchtigen), бродяжничеству, запойному пьянству. Все эти формы социального отношения к окружающему миру могут быть выражением самых разнообразных конституций и при более глубоком изучении генетической их основы выясняется их глубинная сущность.

генеалогия

Сутяжничество, например, как мы говорили, может быть и результатом экспансивной шизоидности и аффект-эпилептической экспансивной раздражительности и результатом параноидных моментов. Дело внимательного анализа выяснить принадлежность каждого отдельного случая к тому или иному конституциональному кругу.

В заключение, позволю себе сказать несколько слов по поводу широко распространенного мнения о происхождении эпилепсии вследствие алкоголизма родителей. Ваушкун, под руководством Рюдина, произвел исследование потомства большого числа алкоголиков и не нашел среди них эпилептиков. Очевидно, мнение это составилось потому, что в семьях

эпилептиков, особенно эпилептоидных стенических психопатов, случаи алкоголизма часты, действительно, о чем свидетельствует и исследование Рюдина, но здесь алкоголизм есть следствие особенностей характера, а не наоборот.

Помимо случаев генуинной эпилепсии, генетическое ядро которой, как мы видим, очень сложно, существуют формы с судорожными припадками, зависящие от менее сложных генетических ядер. Например, Люндборг исследовал наследственность миоклонус-эпилепсии, где наследование идет по типу моногибридной рецессивности; также генетически просто, по видимому, и ядро туберозного склероза. Эти формы не связаны с особенностями характера.

Таким образом, мы видим, что в группе эпилепсии объединяется большое число различных генов: они могут то соединяться, то расщепляться, давая разные клинические формы. Спаяны ли все эти формы каким-либо единым геном? Маньякально-депрессивную (циклоидную) группу, также очень разнообразную, объединяет присутствие доминантного циклоидного фактора. Есть ли такой фактор в группе эпилепсии? Быть может, это фактор склонности к судорожным реакциям? Но по-видимому, таких факторов не один только, т. к. и при миоклонус-эпилепсии есть судороги, но этот фактор простой и не расщепляется, а кроме судорог он содержит еще и другие особенности, которых нет при других формах эпилепсии.

Во всяком случае, какое-то родство факторов, объединяющихся в различные эпилептоидные группы, существует, но выяснить в чем это родство - дело дальнейших исследований.

1) Цитир. по Гэтсу. Наследственность и евгеника. Русск. дерев. Изд. "Сеятель". Ленинград 1926.

2) Цитир. по Гэтсу.

3) М. О. Гуревич говорит о примитивности моторики шизоидов. Клейст говорит о персеверациях, стереотипиях, ригидности как особых видах акинезов или гиперкинезов. И с этой стороны в высокой степени интересно найти своеобразную моторику при каждой из наших конституций. Но в эпилепсии дефекты моторики выступают на первый план.

4) Цитир. по Kleist. Episod. Dammerzustande.

5) Всюду дело идет о генуинной эпилепсии с измен. характера.

6) Правильнее, здесь страдает не восприимчивость, а эффекторная часть - обнаружение восприятий во вне.

ГЛАВА X. ОБ ИСТЕРИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ Психопатические конституции Т.И Юдин

Истерические припадки принадлежат так же, как и эпилептические, к двигательным формам психопатических реакций. Как одна из форм реакций чисто двигательных, внешнее выражение которых, как мы уже говорили, более бедно, чем реакций сложных эмоциональных, они свойственны очень широкому кругу различных психопатических личностей. Большой интерес представляет понимание биологической природы истерического припадка, которое дано в последнее время Кречмером. Интерес этот заключается в том, что здесь впервые ясно и картинно дано представление об истерическом припадке, как выступлении на передний план филогенетически старых типов защитного реагирования организма на требования, предъявляемые жизнью. Мы в настоящей работе рассматриваем и все остальные конституциональные психопатические реакции так, как Кречмер рассматривал истерический припадок. Все конституциональные психопатические реакции, по нашему мнению, являются филогенетически старыми, прочно закрепленными и потому передающимися по наследству типами сложных защитных реагирований, их механизм принадлежит к "глубинной" личности, они служат основой, на которой постепенно наслоились более молодые и более целесообразные образования в виде постоянно меняющихся условных

рефлексов. Аппарат условных рефлексов регулирует их, приводит их в соответствие с механизмами, более тонко анализирующими действительность, делает их разряды менее резкими, более отвечающими всем тонким изменениям окружающей действительности. Все психопатические формы реакций в своей грубой форме обнаруживаются лишь при неправильном действии высших аппаратов, механизм их бурного выявления тот же, что и выявления истерических припадков. Когда по той или иной причине человек не имеет возможности путем разумного рассуждения и волевого действия (т.е. путем постоянного переключения условных рефлексов) видоизменять использование сложных инстинктивных актов, найти защиту по отношению к внешним раздражениям, он переходит к примитивным древним реакциям, и тогда низшие психические аппараты начинают диктовать свои требования поступкам, давая им свою окраску, свое направление. Это случается, если возможность быстрых переключений высших психических механизмов парализована либо чрезмерным раздражением одного какого либо механизма (комплексы Фрейда, значение переживаний, внутреннее торможение Павлова), либо вследствие недоразвития высших механизмов, либо вследствие патологического разрушения коры.

Мы уже видели, что устройство глубинных механизмов у различных людей различно, а потому разны у отдельных людей и все высшие реакции, как базирующиеся на различных глубинных механизмах; это дает некоторую возможность изучать особенности глубинных механизмов. Но только при патологических реакциях, в психозах обнаруживается вполне определенно существование механизмов, пружины которых при здоровом состоянии сильно затемнены высшими механизмами, почему изучение психопатических реакций и имеет значение для понимания всего устройства психики. Впервые ярко биологическая сущность патологических глубинных реакций была дана именно при описании истерических реакций.

Уже Бернгейм указывал, что все люди на сильное волнение: "трах, голод, огорчение, боль реагируют усилением инстинктивных двигательных реакций: у одних это выражается сжиманием эпигастрия с ощущением жара, удушьем, подсердечной тоской; у других - наступает обморок со сведением членов и тризмом. У одного лицо наливается кровью и он думает, что задохнется, другой как бы застывает в оцепенении без слов и движения, третьи - начинают дрожать всем телом. Некоторые чувствуют телесную слабость и садятся, чтобы не упасть и т. д. Все это абрисы истерических припадков, которые кончаются ничем, это "припадки в миниатюре".

Но иногда - говорит Бернгейм - оттого ли, что волнующая причина оказалась более сильной или организм оказался более восприимчивым - реакция усиливается и достигает размеров более сильного припадка с судорогами или более продолжительного обморока. Однако, часто и после такого сильного припадка никаких дальнейших, особенностей не отмечается, и дело ограничивается единичным припадком. В другом ряде случаев припадок начинает воспроизводиться всякий раз, когда является воспоминание о припадке, так как он оказался хорошо защищающим слабого субъекта, от неприятностей окружающей жизни; припадок постепенно вместе с привычкой усиливается и совершенствуется подобно всем рефлексам, которые становятся автоматическими, раз они ассимилированы нервной системой. И тогда мы говорим о "болезни" истерии и о "бегстве в болезнь".

Гохе еще в 1902 году писал, говорит Кречмер, что истерия является не картиной болезни, но особой формой психической диспозиции и при достаточной силе переживания всякий человек, способен на истерию. Гаупп говорит, что "истерия есть аномальный вид реакций на требования, предъявляемые жизнью". Но истерические симптомы суть виды реакции филогенетически предшествующей импульсивной душевной основы.

Кречмер различает две основных двигательных реакции защиты, которые

проходят через весь животный ряд - от одноклеточных животных до человека - и обнаруживаются в истерическом припадке. Первый тип реакции: "буря движений"... "Если плавающая инфузория приближается к месту с подогретой водой, то-она реагирует переобилием оживленных движений, продолжающихся до тех пор, пока одно из движений не выведет ее из опасной области, после чего она продолжает плыть спокойно". "Пчела или птица, пойманные в комнате, начинают биться, трепетать, беспорядочно бросаться к свету во все стороны, и движения эти повторяются в виде приступов до тех пор, пока одно из них случайно не выведет их через форточку на свободу; после чего они летят уже спокойно". "Двигательная буря-это типическая реакция многих живых существ на опасные или препятствующие течению жизни положения. Двигательная буря - это самопомощь с относительной биологической целесообразностью. В течение хода развития двигательная буря, как биологическая оборонительная реакция, постепенно отступает все более на задний план. Постепенно развиваются зачатки целесообразного искания, размышления". Человек только в исключительных случаях реагирует двигательной бурей. Когда?- "Прежде всего в панике, когда высшие душевные функции мгновенно парализуются чрезмерным раздражением, а вместо них начинают действовать филогенетически старые приспособления".. Во-вторых, "двигательная буря - частое явление у детей: в качестве реакций на неприятные раздражения вместо обдуманной речи у них появляется бестолковое метание, толчки, крик и барахтанье, плач и топанье.

"Истерический припадок, поскольку в нем вспыхивает целый пожар всяческих, вообще только мыслимых произвольных выразительных и рефлекторных движений, является также примером двигательной бури".

"Во время войны истерические припадки служили часто предохранительным клапаном на случай чрезмерного давления у конституций с пониженной сопротивляемостью, так как последние благодаря им избавлялись от нагрузок, до которых они не доросли".

При более слабых раздражениях эти реакции возникают только у субъектов, остановившихся на инфантильной ступени развития, у отсталых в умственном развитии, у малокультурных, у женщин, у всех психопатов.

"Вторым типом широких распространенных инстинктивных двигательных защитных реакций в животном мире является так называемый рефлекс мнимой смерти (рефлекс иммобилизации). Он наступает как защитный рефлекс в особенности у тех животных, которые не способны к быстрому передвижению; он скрывает их от преследователя. Животное при этом замирает и остается абсолютно неподвижным". К этому роду рефлексов относятся: обморок, ступор, который встречается у здоровых людей при испуге. У психопатов этот обморок переходит в область истерии с ее сумеречным состоянием, обморочными припадками и параличами.

Бернгейм кроме этих примитивных двигательных реакций ничего и не видит в истерии; ими она, по его мнению, и исчерпывается. Он не признает особого истерического характера, так как описание этого характера у различных авторов так разнообразно, что получается "искусственная болезненная единица, чудовищная, не существующая". Также и Шнейдер подтверждает, что попытки представить полную симптоматику истерии сводились к тому, что упоминалась вся вообще симптоматология нервных и душевных болезней. Современные авторы крайне противоречивы в описании истерического характера и в понимании истерии: Ясперс, Бумке, Блейлер к истерическому характеру относят только так называемый "паразитарный характер" - "hysterische Kanailen", и, таким образом, исходят из социологических представлений; Шнейдер называет истерическими все психогенно возникшие и психогенно удерживающиеся телесные функциональные расстройства; главной чертой истерического характера он считает "потребность казаться большим, чем есть на самом деле" и относит истеричных к группе психопатов

"ищущих оценки" (Geltungsbedürftige Psychopathen).

Если мы возьмем подробное описание каким-либо автором истерического характера, то действительно найдем здесь решительно все психопатические особенности. Так, например, по Суханову люди с истерическим характером неестественны, театральны, производят впечатление деланности; элементы психики не находятся у них в гармоническом сочетании; все ими оценивается субъективно, только те впечатления задевают их личность, которые касаются их "Я"; они капризны, раздражительны; они производят впечатление чувствительных, сентиментальных, но на самом деле заботятся только о себе (шизоидные черты). С другой стороны истерический характер характеризуется колебанием настроения от веселья к тоске, и эти колебания могут быть и длительными (циклоидные черты); у них наблюдаются ипохондрические, навязчивые идеи, склонность к вспышкам буйства и т. д. и т. д. Блейлер думает отнести истерический характер к шизоидному, однако с маньякальной подвижностью аффектов, весьма близкой к синтонному (циклоидному) темпераменту.

В конце концов, Бумке в последнем своем реферате XV съезду немецких психиатров говорит: "Была когда-то болезнь истерия, как были ипохондрия и неврастения. Но они исчезли. На месте болезни остался синдром и на месте клинической систематики появился структурный анализ, который болезненную картину пытается объяснить на основе различных наследственных предрасположений и влияния внешних факторов".

Ясно, что самым правильным, является отказаться от "чудовищной", как называл Бернгейм, истерии и распределить отдельные ее формы по разным видам психопатий.

Вполне понятно, что пока истерия понималась безгранично широко, об исследовании ее наследственной сущности трудно было и думать. До сих пор не имеется ни одной работы по этому поводу. И если гигиенист Ленц и считает истерический характер "доминантным", то здесь дело идет только о его впечатлении, сам он точно не определяет, что он понимает под "истерическим характером", и так как мы видим, что все психопатии легко подвести под широко понимаемую истерию, то, естественно, что ее признаки часто будут встречаться в семье, "будут доминировать" (!?).

Медов - как сообщает Керер - произвел исследование о наследовании примитивных истерических реакций Кречмера и нашел (впрочем на материале всего из 13 семей), что "по крайней мере в половине его случаев было прямое сходное наследование". Краткого исследования Медова, конечно, недостаточно, чтобы можно было делать какие-либо заключения. Однако, клиника с несомненностью указывает, что истерические припадки часты почти при всех психопатических конституциях, нередко при случаях недоразвития мозга; отсюда следует прийти к заключению, что они широко распространены и всякий дефект высших аппаратов легко вызывает их наружу, да это, как мы уже говорили, является вполне естественным, так как они принадлежат к двигательным примитивным реакциям. Второй двигательный примитивный тип реакций-эпилептические судороги, также довольно широко распространены, но их аппарат заложен видимо глубже истерического и выступает на сцену все же реже.

Просматривая генеалогии небольшого числа больных с истерическими припадками, наблюдавшимися за последний год в Казанской психиатрической клинике, мы не могли найти среди особенностей членов их семей никаких специфических черт, в генеалогиях имелись самые разнообразные характеры; особого истерического характера таким образом нет. Но следует отметить, что мы, как и Медов, циклоидные характеры встречали в семьях с истерическими припадками реже других.

ГЛАВА XI. ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ПСИХИКИ

Психопатические конституции

Т.И Юдин

До сих пор мы все время говорили об особых, передающихся наследственно нервно-психических механизмах, которые, выявляясь во вне, делают их обладателя неприспособленным к жизни: неработоспособным, опасным для окружающих, страдающим лицом. Мы видели, что некоторые из этих механизмов очень сложны, в потомстве расщепляются на ряд отдельных частей, каждая из которых в отдельности не вызывает еще душевного расстройства, но при известной комбинации этих частей и при благоприятных внешних условиях появляется психоз.

Помимо психозов, возникающих вследствие присутствия у пациента этих особых механизмов, существуют еще психозы, причиной которых является разрушение необходимых для нормальной жизни нервно-психических элементов в течение индивидуальной жизни субъекта. Это разрушение в большинстве случаев возникает вследствие каких-либо внешних вредных моментов (яды, травма, инфекции). В то время как при описанных нами выше психозах пациент и до заболевания имеет известные, хотя бы и не резко выраженные, патологические особенности (препсихотическая личность), а в психозе эти особенности только увеличиваются, здесь его личность, вследствие выпадения части механизмов, в психозе резко меняется.

Обычно заболевания первого рода называют эндогенными, функциональными, конституциональными, вторые - экзогенными, органическими. Само собой разумеется, что эта терминология не вполне точна, так как сила проявления и при так называемых "эндогенных" болезнях, как мы уже указывали, связана с экзогенными моментами, а так называемые "экзогенные" болезни иногда, когда отсутствие необходимых механизмов определено еще в зародышевой плазме (отсутствие гена), наследственны и конституциональны (наследственные формы слабоумия, идиотизма). Да и в тех случаях, когда внешними ядами разрушается имевшийся механизм, поражение определяется не только экзогенным ядом, но и степенью конституциональной к нему восприимчивости данного организма: не у всех одинаково легко разрушается мозг под влиянием ядов. По Бергману 1), например, при тифе психозы получают лишь 38% всех заболевших тифом. Неправильно для эндогенных психозов и название "функциональный", так как мы видели, что их особенности объясняются присутствием особых врожденных механизмов, которые, конечно, имеют материальное выражение. Также и название "органический", если под этим термином понимают явные разрушения, не вполне подходит к наследственным дефект-психозам.

Бонгоффер говорит об особом "экзогенном типе психических реакций". По его мнению психозы, которые являются результатом повреждения мозга отравлениями и инфекциями, всегда протекают под видом галлюцинозов, делириев, эпилептиформных возбуждений, сумеречных состояний, аменций, Корсаковского синдрома, псевдопаралитических дефектных состояний.

Дальше Бонгоффер, имея в виду, что указанные выше типы реакций наблюдаются нередко и в течение эпилепсии, шизофрении и маниакально-депрессивного психоза делает, правда с осторожностью, предположение, что, стало быть, и эти болезни "экзогенного" происхождения; это как будто соответствует широко распространенному мнению, что в этих болезнях играет роль "самоотравление" вследствие неправильного обмена веществ. Но, с другой стороны, Фауз ер еще в 1905 г. указал как раз обратное: что экзогенные психозы большую часть своей симптоматики черпают из эндогенных болезней: часто вследствие инфекций наблюдаются кончающиеся излечением экспансивные, депрессивные, кататонические состояния.

Каким же образом примирить это противоречие?

Никто не оспаривает, что описанный Бонгоффером тип реакций часто наблюдается при отравлениях, инфекциях, но Крепелин находит, что

описанный Бонгоффером тип реакций зависит вовсе не от экзогенности или эндогенности, а от того, быстро или медленно развивается поражение мозга: реакции Бонгоффера - выражение не идущих извне вредностей, но в короткое время развившегося поражения мозга. Причина прогрессивного паралича несомненно экзогенна, но как медленно протекающее заболевание прогрессивный паралич не дает "экзогенных реакций", при раннем же сифилитическом менингите они, наоборот, налицо. Точно-также они налицо и при обострениях в течение маниакально-депрессивного психоза и шизофрении, хотя роль эндогенности, значения наследственности здесь несомненна.

Что Бонгофферовский тип реакций часто появляется при отравлениях "внешними" ядами, это следствие лишь того, что внешние яды чаще изменяют мозг быстро и глубоко.

За последнее время делаются попытки понять механизм генеза психозов и органических, и функциональных вместе, а не в отдельности, в связи со строением всей нервной системы и особенностями, этого строения. При этом ярко выявляется вся важность деления психики на указанные нами в главе "компоненты психических конституций" отделы.

То, что обычно называлось в психиатрии органическим поражением, является, по-видимому, наиболее часто поражением коры полушарий. До сих пор мы наиболее знакомы с теми симптомами, которые получаются в результате выпадения именно механизмов, коры.

Кора есть место анализаторов внешних сенсорных раздражений место образования условных рефлексов, обуславливающих нашу способность быстрого ориентирования в изменениях окружающей действительности и, наконец, место высших (волевых) двигательных механизмов. Клейст поэтому к симптомам поражения коры относит: нарушение ориентации, распад понятий, разные виды деменций, состояния спутанности, Корсаковский синдром, галлюцинации, афазии. Все эти симптомы, как мы видим, почти точно совпадают с теми симптомами, которые Бонгоффер причисляет к своему "экзогенному типу реакций", но кроме того сюда входят и симптомы, характеризующие хронические органические, психозы.

Таким образом ясно, что "экзогенные" моменты прежде всего поражают кору. Да это и понятно, так как кора, наиболее позднее в филогенетическом ряде образовании, легче поддается всем вредностям, да и с эндокринной системой, защищающей организм от вредных химических влияний, она связана не так тесно и непосредственно, как филогенетически более старые части нервной системы: за известную свою автономию от нее полушария головного мозга платят дорогой ценой более легкого повреждения от химических вредностей. При органическом поражении обычно говорят о "сохранности личности". Это также понятно, если принять во внимание, что под органическим поражением понимаются, главным образом, поражения коры. Те механизмы, которые составляют личность, глубинное я, ведают нашей эмоциональной инстинктивной жизнью, быстротой химических превращений в организме, находятся, как думают многие авторы за последнее время (Рейхарт, Кюпперс и др.), не в коре мозга, а в стволовых ганглиях.

Клейст в противоположность симптомам коры перечисляет такие глубинные ствольные симптомы: навязчивые состояния, иппохондрические, экспансивные состояния, паранойальные состояния, аффективные синдромы мании и меланхолии, психомоторные состояния (гиперкинетические и акинетические), расстройства сна, сумеречные состояния.

В этом делении Клейста мы чувствуем только один недостаток: здесь перемешаны симптомы выпадения и симптомы раздражения, отсутствует схема, хотя бы самая провизорная, зависимости между кортикальными и ствольными функциями. Если принять во внимание все это, то схема Клейста могла бы быть изменена приблизительно так: поражения коры могут вести к

выпадению функций тех или иных чувствующих анализаторов (сенсорные афазии, невозможность ориентировки), выпадению регуляции волевых движений (внимание, двигательные афазии), выпадению способности образования условных рефлексов (память, быстрые ответы на новые положения, осмысление, *fonction du reel*, направляющий смысл жизни); при раздражении же коры должны иметься: галлюцинации, аменция и т. д.

Но помимо явлений, указанных Клей с том, при поражении коры наблюдается и ряд других явлений. Уже из невропатологии мы знаем, что выпадение высших аппаратов ведет не только к прекращению их собственных функций, но и к гиперфункции нижележащего аппарата, оказавшегося в условиях "патологической изоляции". Действительно, и в области психической мы видим, что при поражении коры начинают сильнее и без соответствия с действительностью выявляться те особенности глубинных механизмов, которые существовали и раньше, но сдерживались высшими аппаратами 2). Шизоидные, циклоидные, паранойальные, астенические механизмы переходят в состояние гиперфункции и получают соответствующие окраски психозов, чем и объясняется, что экзогенные психозы нередко "черпают свою симптоматику из эндогенных психозов".

Очень ярко все это мы видим, например, на прогрессивном параличе, болезни, при которой поражение коры совершенно несомненно. Мы видим при прогрессивном параличе часто корковые симптомы: ослабление осмысления, расстройства памяти, внимания, дементность, но наряду с этим и целый ряд выступивших симптомов глубинной личности. "Экспансивные, ажитированные, депрессивные, циркулярные формы прогрессивного паралича-говорит Фаузер-соответствуют вполне формам маньякально-депрессивного психоза, тупо-дементная форма-шизофрении" и т. д.

Мы видим в прогрессивном параличе "основные симптомы", (*Aschensymptome*)-говорит Гохе,-свидетельствующие о прогрессирующем распаде того, что Клагес называет "материал", и вторичные симптомы (*Randsymptome*)-изменение того, что Клагес называет "*Qualitat*", т.е. усиление тех черт личности, которые были более или менее ясны и до заболевания и которые определяются наследственностью".

Правильность такого заключения подтверждают исследования препсихотических особенностей личности прогрессивных паралитиков и наследственных (генетических) особенностей их семей, произведенные Кальбом и Перне.

Раньше предполагалось, что дементные формы являются результатом отсутствия психопатического отягощения у паралитиков, но уже Некке указал, что и среди отягощенных простые дементные формы встречаются не реже, чем у не отягощенных.

Перне нашел, что у лиц с депрессивными, раздражительными чертами характера до паралича прогрессивный паралич течет в виде депрессий; у эйфорических людей-в виде экспансивной формы.

Кальб нашел, что аффективные формы прогрессивного паралича встречаются в циклоидных семьях, в которых есть члены с маньякально-депрессивным психозом, а дементные формы-в семьях с шизоидным отягощением: в 28 семьях с шизофреническим отягощением Кальб нашел во всех дементную форму прогрессивного паралича, а в 10 с маньякально-депрессивным отягощением - аффективные формы.

Пляут описывает паралитика с депрессивной параноидной формой и галлюцинациями и указывает, что почти такой же психоз был у отца этого паралитика, хотя прогрессивного паралича у отца не было.

Особенно интересно, что само возникновение прогрессивного паралича, по мнению обоих авторов, ни в каком отношении к психическим особенностям личности и к маньякально-депрессивному или шизоидному предрасположению не стоит.

За последнее время некоторые авторы исследовали отношение телосложения к формам течения прогрессивного паралича и здесь также, по-видимому, намечается совпадение пикнического типа с экспансивным и вообще аффективным течением прогрессивного паралича, а астенического телосложения - с дементным.

Исследуя телосложение паралитиков в нашей клинике, М. П. Андреев из 26 паралитиков нашел у 10 астеническое телосложение - форма паралича у всех дементная, у 6-го пикническое телосложение - форма течения прогрессивного паралича экспансивная, у 10 остальных пациентов с диспластическим и атлетическим телосложением не имелось ярких аффективных картин, но не было и тупой дементности.

То же самое, что мы сказали о прогрессивном параличе, можно сказать и о старческих психозах.

Еще давно Мебиусом было выставлено положение, что те лица, которые в старости заболевают выраженным душевным расстройством, собственно никогда в своей жизни не были совершенно нормальными.

С другой стороны, Керер совершенно правильно отмечает, что в чистых старческих слабоумиях мы имеем лишь явления паралича ассоциативно-мнестического аппарата, и если и бывает спутанность и возбуждение, то они имеют тот характер, какой бывает при "экзогенном типе реакций", а вовсе не такой, какой бывает при эндогенных психозах, например, шизофрении.

При старческих поражениях ясно намечается разница во внешней картине психоза в зависимости от того, какие имелись у данного индивидуума глубинные механизмы, йот того, остро или хронически поражаются аппараты коры. При острых поражениях коры, - а это в старческом возрасте возможно под влиянием, например, артериосклеротических расстройств-мы будем иметь психические реакции типа экзогенных реакций Бонгоффера, при хронических поражениях-помимо экзогенных реакций, с течением времени выступают ярко на передний план и те глубинные мехаханизмы, которые имелись у данного индивидуума.

Целый ряд авторов уже давно высказывал предположение о связи старческих психозов с шизоидными и шизофреническими предрасположениями. Урштейн говорит, что старческие психозы с кататонией и бредом преследования, старческий бред ущерба есть в сущности поздние кататонии; что люди, заболевающие ими, уже и в другие критические моменты половой жизни имели шизофренические особенности. Как пример он приводит, что один из его больных, заболевший в 60 лет старческим бредом, имел перелом характера в 29 лет: с этого времени он стал раздражительным, скупым, замкнутым; другая его больная, заболевшая в 68 лет, считалась странной уже с 30 лет и т. д.

Гоффманн отмечает, что шизофреники встречаются в потомстве тех м.д. семей, где были старческие меланхолии или инволюционные паранойи; это, по мнению Гоффманна, свидетельствует, что они-то и есть источник шизофрении; в них и имелось шизофреническое предрасположение.

Но беспристрастно рассматривая генеалогии, в которых есть старческие слабоумия или психозы, мы можем установить, повидимому, только одно: старческие изменения бывают и в семьях м.д. и в семьях шизофреников, и в семьях параноиков; возможны и благодушные циклоидные слабоумные старики, и шизоидные кататонические формы, и параноидные, и чистые органические. Картина психических особенностей у стариков также сложна, как она сложна вообще при поражениях коры. В самом процессе гибели клеток коры глубинные механизмы не играют роли, но патологические, глубинные механизмы "освобождаются" после гибели коры, и если в м.д. семье встречаются шизофреники, то в этом виноваты не старческие психозы, как таковые, а вообще присутствие шизоидного ядра в данной семье.

В нашей с д-ром Галаच्याном обширной циклоидной генеалогии мы видели

целый ряд старческих слабоумий депрессивного типа, но явно артериосклеротического происхождения, и они поэтому не вызвали появления шизофрении в нашей семье.

Де-Монши в конституциональных особенностях видит и причину происхождения различных особенностей (депрессии, возбуждения, obsessions и т. д. течения психозов при артериосклерозе. Зеелерт говорит вообще о патопластическом значении эндогенных психопатических особенностей при всех органических психозах.

Однако, поражение головного мозга может вызвать не только симптомы "освобождения" и усиления глубинных особенностей. Подобно тому как при гемиплегиях спастическое состояние (т.е. освобождение и усиление низших двигательных механизмов вследствие пирамидного поражения) наступает не сразу после поражения, а вначале вследствие диашизиса, по терминологии Монакова, могут развиваться гипофункции анатомически целого низшего аппарата, так и в области психических механизмов быстрое, резкое поражение аппаратов коры ведет нередко к гипофункции стволовых аппаратов, почему при острых поражениях мозга и возможны, в первое время симптомы выпадения, гипофункции стволовых аппаратов в виде сумеречных состояний и сна. Поэтому-то эти последние симптомы, несомненно стволового, а не коркового генеза, попали в Бонгофферовские "экзогенные реакции".

Интересно, что многие авторы указывают, что почти все психозы (и маньякально-депрессивные, и шизофрения, и прогрессивный паралич) в большинстве случаев начинаются с "депрессии с бессонницей". Возможно, что это вовсе не депрессия, а симптом - острого изменения мозга с явлениями пареза в области корковых и стволовых нервно-психических механизмов; таким образом, получается, что и развитие эндогенных психозов связано очень часто вначале с легкой "экзогенной реакцией", что и в эндогенных психозах только в связи с внешними моментами глубинные механизмы получают возможность полноты своего развития.

В изменениях личности при эпидемическом энцефалите мы имеем, наконец, пример симптомов выпадения и в самих глубинных аппаратах. Здесь мы имеем своеобразную дистонически-дискинетическую психику с оттенком гипотонико-гиперкинетических явлений у детей и гипертонико-гипокинетических-у взрослых, с общим ослаблением психической лабильности и изменением моторного выражения психического состояния и при этих особенностях, зависящих от выпадения, картина болезни обнаруживает и разнообразные оттенки в связи с генетическими особенностями шизоидной, циклоидной, эпилептоидной ее структуры.

Глубоко защищенные от изменчивых физических, химических влияний окружающей среды, которые имеют такое большое значение для корковых механизмов, глубинные механизмы вообще очень стойки, почему и отмечают обычно с самого рождения те или иные глубинные особенности, почему они остаются неизменными и только ярче выступают при органических поражениях мозга 3). Но все же, помимо эпидемического энцефалита, мы знаем немало случаев изменения эмоциональных особенностей личности в течение ее развития; эти случаи связаны, главным образом, с изменением эндокринной системы. Будучи самым тесным образом с ней связаны, глубинные механизмы в ней имеют аппарат, задачей которого является поддерживать неизменность окружающей глубинные аппараты среды. Эндокринная система в большинстве случаев прекрасно выполняет свою роль и потому паратипическая кривая свойств глубинной личности как таковых вообще очень невелика. Но в эндокринной же системе-в этом *Zwischenglied*, как называет Фишер,-мы имеем и источник изменения глубинной личности.

Для того, чтобы закончить наши соображения об отношении органических психозов к конституциональным особенностям, мы остановимся еще вкратце

на случаях повреждения коры не вследствие экзогенных причин, а конституциональной недостаточности гена какой-либо из корковых особенностей, на случаях наследственно передающейся слабости интеллекта. Американский исследователь наследственного слабоумия Годдард пришел к заключению, что по крайней мере 2/3 всех случаев врожденного слабоумия обусловлены наследственностью. Годдард наблюдал целый ряд генеалогий, где врожденное слабоумие отмечалось в течение целого ряда поколений. В высокой степени интересна в этом отношении, описанная Годдардом в отдельной монографии фамилия Калликак. Здесь имелось колоссальное количество слабоумных вообще, но особенно интересно, что здесь встретились 41 раз браки двух врожденных слабоумных и от них произошло 222 слабоумных детей и только 2 более или менее нормальных; в 8 случаях, где отец был слабоумным, а мать нормальная- оказалось 10 чел. детей нормальных, 10 слабоумных; в 12 случ., где отец был нормальный, а мать слабоумная-оказалось 7 слабоумных и 10 нормальных детей.

В семье "Маркус" Иоргера, где имеются сведения о 371 члене семьи из 7 поколений, также имелись во всех поколениях слабоумные, всего было имбециллов, не способных к школьному образованию, 202 члена генеалогии.

В виду того, что причины врожденной имбецильности весьма различны (недостаток разных способностей, разных ген) и полного клинического исследования по этому поводу не имеется, сейчас трудно говорить о закономерности наследования имбецильности: повидимому, есть и виды доминантного наследования, есть и виды рецессивного. Относительно амауротической идиотии, например, повидимому, следует считать установленным рецессивный тип наследования.

Очень интересно, что и наследственное, конституциональное врожденное слабоумие также выявляет различные глубинные механизмы: среди конституционально врожденных слабоумных часто можно видеть лиц как с довольно резкими шизоидными, так и эпилептоидными и вообще психопатическими чертами. Очень нередко, слабые степени конституционального врожденного слабоумия просматриваются, так как на передний план выдвигаются именно шизоидные или эпилептоидные и др. черты. В семье шизоидов и эпилептоидов врожденное слабоумие наблюдается нередко и, быть может, оно именно и содействует более яркому проявлению шизоидных черт в таких семьях. Появление наследственного врожденного слабоумия, наследственных дефектов коркового аппарата во всяком случае генетически независимо от генетических особенностей глубинных аппаратов, и врожденное, слабоумие может поэтому наблюдаться при всех психопатиях, не являясь генетически связанным ни с одной из них.

В настоящее время начинается изучение генетических особенностей корковых механизмов. В большинстве случаев эти особенности, за исключением резкого ослабления тех или иных из них (врожд. слабоумие), не создают непосредственно психопатологических конституционных сущностей, но, вероятно, они имеют значение для окраски картины психозов. Так, например, уже Бонгоффер указывает, что при алкогольном галлюцинозе, помимо основного значения экзогенного яда, играют, несомненно, роль и особенности сенсорного предрасположения: необходим аудитивный тип, что подтверждается большими речевыми способностями этих больных.

Однако, здесь изучение только начинается и в настоящее время о наследственных особенностях корковых механизмов фактов собрано гораздо меньше, чем о наследственных особенностях глубинных механизмов.

Интересно также было бы выяснить, выпадение каких именно элементов коры вызывает "освобождение" глубинных механизмов, так как, несомненно, наблюдаются случаи, когда и при хронических экзогенных органических психозах эндогенные наслоения мало заметны. Так, например, Х. М. Розенштейн описал случай Корсаковского синдрома без циклоидных

симптомов у больного, который проделал впоследствии приступ маниакально-депрессивного психоза.

Но все это вопросы будущего.

1) Цитировано по Кереру.

2) Гольдштейн. (Die Topik d. Grosshirnrinde in ihren kl. Bedeutng D. Ztschr. f. Nervenhe. Bd. 77. 1923) говорит по этому поводу: "многие явления, которые приписывают коре, есть результат не раздражения, а ее паралича, при чем подчиненные центры растормаживаются".

4) См. М. П. Андреев. Psychopathogenetische Probleme betreffend die Veränderung d. Psychik infolge von epid. Encephalitis. Ztsch. f. d. ges. N. u. P. Bd. 99. 1925.

ГЛАВА XII. ЖЕЛЕЗЫ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ПСИХИКИ Психопатические конституции

Т.И Юдин

Железы внутренней секреции, как уже было указано выше, являются филогенетически одним из самых первых элементов объединения всего организма в замкнутую целостную систему. Они являются анализаторами химической энергии, воздействующей на организм извне, и с этой стороны могут быть поставлены в параллель с внешними органами чувств; точно так же, как глаз, ухо производят для дальнейшего использования организмом, сообразно имеющимся у него механизмам, анализ, главным образом, физических раздражений среды, так эндокринные железы производят анализ химических раздражений: они являются, так сказать, органом внутреннего химического чувства.

Но эндокринные железы являются не только анализаторами, но и трансформаторами и регуляторами химического обмена, они не только реагируют на внешнее раздражение, но и сырой материал, поступающий в организм извне, перерабатывается под их контролем, превращая организм в одно целое биохимическое единство. Все подлежащие усвоению через кишечник вещества подлежат контролирующему анализу органов внутренней секреции, биохимическая работа отдельных органов тормозится или ускоряется гормонами внутренней секреции.

Все развитие организма тесно связано с деятельностью эндокринной системы, которая сама претерпевает целый ряд специфических превращений в течение хода этого развития. Первое детство характеризуется преимущественным влиянием зубной железы и эпифиза; к 6-ти годам эти железы претерпевают инволюцию и главное место занимает гипофиз, щитовидная железа и частью половые железы; с началом третьего десятилетия роль гипофиза и щитовидной железы отходит на задний план и преобладающая роль переходит к половым железам; к 50-ти годам и здесь начинается инволюция.

В своей регулирующей деятельности эндокринная система находится в самой тесной связи с вегетативной нервной системой и стволовыми нервными центрами. Регулируя интенсивность и особенности ассимиляции и диссимиляции потребных для поддержания жизни веществ, эндокринная система тем самым оказывает влияние и на тонус нервной системы, прежде всего на особенности эмоциональной и аффективной жизни.

Каждый человек обладает своими генотипическими особенностями строения желез внутренней секреции, своими особенностями равновесия эндокринной системы, и эти особенности составляют один из важнейших моментов, определяющих тип глубинной личности. Лангель-Лавастин предлагал даже сообразно с эндокринными особенностями выделять типы темпераментов: гиперпитуитарный, гипертиреоидальный и т. д. темпераменты. Фишер говорит, что "психопатическое предрасположение принимает известное направление в зависимости от внутрисекреторных особенностей".

Несомненно, генетические особенности или патологические изменения желез

внутренней секреции резко отражаются на нервно-психической жизни, особенно глубинной. Однако, Бауэр совершенно правильно различает glandулярное (эндокринное) нервное и аутохтонное 1) происхождение всех аномалий. Особенности эндокринной системы не являются единственным моментом детерминирующим глубинную личность: имеют значение и особенности вегетативной нервной системы, и особенности двигательных эффекторных путей. Все эти механизмы *consensus partium* действуют тесно один в связи с другим, как нераздельные детер-минаты, и лишь при известных патологических условиях выявляют свою самостоятельность. Поэтому-то мы до сих пор рассматривали психопатические конституции как сложную объединенную систему без противоположения мозга, внутренней секреции и других ее компонентов. Но уже в предыдущей главе мы отметили значение выпадения и раздражения отдельных частей нервной системы, теперь мы рассмотрим, насколько это позволяют имеющиеся научные данные, и значение в организации конституции системы эндокринной. Прежде всего мы отметим, как отражается на нервно-психической жизни выпадение или усиление деятельности каждой железы, так как каждому гормону железы, как учит современная эндокринология, соответствует и специфическая функция. Ввиду того, что за последнее время в психиатрии выявилось большое течение в пользу того, что каждому типу нервно-психической конституции соответствует и особое телосложение (Кречмер), мы будем отмечать и значение действия желез внутренней секреции на морфологию тела.

I. Thymus. Значение thymus'a для развития организма вообще и нервной системы в частности стало известно со времени опытов Фридлебена, Тарулли-Монако, Баша, Д. Соколова, Матти, Фогта.

а) Отсутствие thymus, его выпадение вследствие болезненных процессов, ведет к изменениям трофическим (задержки окостенения, изменения состава крови) и динамическим (слабая сопротивляемость усталости, ослабление мускульной силы). Фогт выделил особую форму *idiotia thymica*, которая отличается от тиреогенной идиотии отсутствием расстройства в половой деятельности. Бурневиль установил на большом количестве идиотов-эпилептиков, что в 75% у них имеется недостаточное развитие thymus'a. В новейшее время Бирхер после оперативного удаления thymus'a у детей наблюдал замедление развития психической жизни, при этом после 7 - 8 лет операция эта имела мало значения.

б) При усилении деятельности thymus по Берману дети рождаются с пропорционально развитым скелетом, тонкой, легко меняющей оттенки кожей; волосы обычно длинны и шелковисты, движения грациозны. Эти дети кажутся образцом красоты, но в жизни легко получают туберкулез, менингит и другие инфекции. Во время полового созревания эти лица часто обнаруживают склонность к психо-сексуальным инверсиям. Мужчины остаются женственными. Склонность к гомосексуальности, мазохизму.

II. Щитовидная железа, а) Выпадение или уменьшение деятельности щитовидной железы вызывает понижение возбудимости нервной системы: Шарко уже давно сравнивал состояние микседематиков с состоянием впавшего в зимнюю спячку зверя. При этом отмечается замедление и затруднение всех психических функций: притупление слуха, зрения, ослабление памяти, затруднение образования условных рефлексов (В. В. Савич и А. В. Вальков), бездеятельность, сонливость, флегматичность, пониженная рефлекторная возбудимость. При врожденном дефекте обычно интеллект значительно ниже среднего.

Некоторые авторы приписывают гипотиреоидизму причинную роль в происхождении монголоидной идиотии. Штельцнер нашла в некоторых случаях монголоидности дефекты деятельности щитовидной железы у матери во время беременности.

Нередко при гипотиребидальном ослаблении психики наступают и психозы (в 1/3 случаев по Крепелину), при этом особенно часто наблюдается эмоциональное возбуждение с характером тревожности, иногда со стремлением к самоубийству, иногда бесцельная суетливость, отказ от пищи, резонерство, реже - состояния спутанности, галлюцинации, бредовые идеи. К сожалению, до сих пор не было исследований о связи картин этих психозов с общеконституциональными особенностями их носителей: весьма вероятно, что выпадение щитовидной железы, как и выпадение корковых механизмов, ведет к большему выявлению вовне основной психопатической конституции.

Наиболее часто встречающейся болезненной формой, при которой наблюдается понижение деятельности щитовидной железы, является эндемический кретинизм, встречающийся в горных местностях (в Швейцарии, на Кавказе в Сванетии), причиной которого многие авторы считают чисто экзогенные факторы (особый состав воды и т. д.).

Однако Рибольд, изучивший 18 семей с эндемическим кретинизмом, приходит к заключению, что и здесь важную роль играет наследственно передающаяся способность щитовидной железы к сопротивлению вредным воздействиям: в его семьях поражались кретинизмом далеко не все члены, закономерность наследования подчинялась менделевским законам, при чем женщины заболевают чаще, чем мужчины (доминантность, связанная с полом). То же находят - Черлетти и Перуззини, Сименс и Блюм.

С соматической и физиологической сторон выпадение щитовидной железы выражается таким комплексом признаков: малый рост, короткие конечности, большое развитие в ширину (особенно живота). Голова большая; шея короткая, толстая; толстые губы и язык; надбровные дуги слабо развиты. Плохая растительность на голове, часто резко выраженный дефект внешней трети бровей. Гиперсаливация. Кожа сухая, дряблая, бледно-сероватая, несколько цианотичная. Слабо развитая мускулатура. Склонность к ожирению. Достаточное развитие половых желез, обильные и длительные менструации у женщин. Низкое кровяное давление, брадикардия, склонность к зябкости. Склонность к раннему атеросклерозу и "енильным инволюциям". Замедление обмена веществ, склонность к запорам. Ослабление тонуса вегетативной нервной системы и относительное преобладание п. vagi.

б) Повышенная секреция щитовидной железы обуславливает повышенную возбудимость всей нервной системы. По Мёбиусу состояние этих людей можно сравнить "со слабым опьянением, при котором наблюдается легкое маньякальное состояние, легко переходящее в депрессию". Отмечаются: повышение впечатлительности и ускорение психических реакций. Это живые, остро воспринимающие, быстро схватывающие чужую мысль люди, стремительно выливающие каскад впечатлений наружу. В эмоциональной области они отличаются раздражительностью, непостоянством, со склонностью к аффектам страха, тревоги и гнева. Неспособность к длительному напряжению, быстрая утомляемость.

Что касается психозов, то в большинстве случаев они выражаются в возбуждении или колебании настроения между депрессией и возбуждением, почему некоторые авторы видят связь между маньякально-депрессивным психозом и гипертиреозидизмом (Лангель-Лавастин, Деркум, Завадовский), однако, другие это отрицают. Некоторые авторы указывают на наклонность к фобиям и навязчивым идеям. Целый ряд авторов считает расстройство щитовидной железы одним из наиболее частых моментов, выявляющих шизофреническое предрасположение, при чем Шредер указывает, что шизофрения обычно у базедовиков течет в виде отдельных приступов. Наблюдались также эпилептические припадки у базедовиков. Нередко выраженные базедовики обнаруживают психические реакции экзогенного типа Бонгоффера: картины легких аменций, галлюцинаторные, сумеречные состояния, делирии. Лангель-Лавастин и Блох наблюдали, наоборот,

возникновение Базедовского синдрома при плеврите, как результат раздражения грудных симпатических нервов, а Куршманн описал случай Базедовой болезни у табички, при чем симптомы Базедовизма интермиттировали и наступали всякий раз совместно с табическими кризами. Таким образом в этих случаях усиление деятельности щитовидной железы ставилось в зависимости от раздражения симпатических нервов.

Таким образом, и при рассмотрении психозов при Базедовизме необходимо принимать во внимание состояние всех других частей сложного нервно-гландулярного механизма. Одна тиреоидная гиперсекреция определенной психопатической конституции не создает. С соматической стороны усиление деятельности щитовидной железы выражается таким комплексом признаков: это обычно люди худые, нежного телосложения, с элегантными, юношескими формами, узкими плечами, подчеркнутым люмбальным лордозом. Большие, несколько выстоящие блестящие глаза; теплые, но зябкие руки, склонность к потливости. Средняя степень волосистости. Хорошо развитый сексуальный характер, однако с сильнее развитыми психическими, чем телесными элементами и склонностью к диссоциации обоих. Частые сердечные жалобы, склонность к тахикардии, сильная вазомоторная возбудимость со склонностью к сосудорасширяющей реакции, особенно на лице. Склонность к поносам, явления расстройства обмена с гликозурией.

Усиление деятельности щитовидной железы нередко является: результатом генотипических особенностей. Ленц говорит о доминантности "Базедовидного диатеза". Связь с полом не установлена, но, несомненно, женщины чаще имеют гипертиреоидальные; особенности, чем мужчины.

Пулавский приводит семью из 57 человек, где имелось 4 базедовика, 1 микседемик, 14 больных с различным обменом веществ. Венденбург описал семью, где мать страдала Базедовой болезнью, а ее ребенок микседемой. Поэтому, быть может, генетически определяется не гипер- или гипотиреоидизм, а вообще неустойчивость аппарата щитовидной железы.

Шульманн определенно указывает, что большую роль, в происхождении базедовизма играет сифилис и, таким образом, подчеркивает экзогенный характер дефекта.

III. Гипофиз, а) Повышение функций гипофиза. В области, нервно-психической субъекты при повышении секреции гипофиза обычно спокойны, добродушны; все нервные процессы протекают у них медленно, скорость их ответных реакций также замедлена. Но хотя они и медлительны, они не тупы, способны к мощной, но медленной работе. Это люди, которые работают неторопливо, но зато уверенно, основательно, постоянно. Например, у Бунзена, который относится к выдающимся лицам первой величины и как по своим физическим особенностям (высокий рост, грузный вес, фигура), так и психическим относится к лицам с усиленной деятельностью гипофиза, при исследовании скорости реакций они оказались более, чем в два раза медленнее, чем у самых заурядных людей.

При неглубоком отношении к гиперпитуитарным людям они могут иногда показаться тупыми; при торопливом ходе окружающей жизни они могут несколько отставать, но при умелом их использовании, при умелом воспитании они нередко оказываются выше среднего уровня и в высокой степени трудоспособными.

Физически эти люди отличаются высоким ростом, грубой костной системой, толстым большим носом, большими костями и стопами, сильно волосистой грубой кожей, значительным развитием половых органов, а у женщин и грудных желез.

Однако, при значительном развитии этих особенностей организм оказывается нередко маложизнеспособным, и очень многие великаны погибают преждевременно и часто не оставляют потомства, так как в таких случаях у них находят гипогенитализм, чем и объясняется отсутствие у них либидо.

Тонус вегетативной нервной системы повышен, с преобладающей симпатической ориентацией.

Согласно свидетельству целого ряда авторов (Шеффер, Арнольд, Аперт и Леви Франкль, Гроте и др.) эти особенности нередко являются проявляющимися семейно. При этом они скорее передаются как признак рецессивный.

Психические расстройства, связанные с резко выраженной типерпитуитарной секрецией, весьма редки; физические симптомы обычно здесь играют более важную роль и расстройства бывают обычно так незначительны, что в психиатрические б-цы такие субъекты попадают редко. Стало быть, особенности секреции этой железы мало влияют на модификации генов, вызывающих душевное расстройство.

б) Понижение функции гипофиза. В области нервно-психической это обычно люди несколько менее способные, хотя в школе нередко это затушевывается прилежанием. По характеру они нередко капризны, рассеяны, со склонностью к импульсивности. Вейгандт говорит о значении гипофункции гипофиза в возникновении эретического слабоумия.

Физически: рост невысокий, черты лица мелкие, слабая волоситость на теле, кожа нежная, руки и ноги маленькие; во рту обычно крупные, не соответствующие челюстям зубы; обычно некоторая склонность к полноте: это - маленькие толстяки, со слабо выраженными признаками пола; тип, скорее подходящий к детскому. Мускулатура слабо развита. Пониженное кровяное давление. Ваготония.

Ход наследования карликового роста гипопитуитарного типа надо признать еще недостаточно исследованным, но ввиду того, что такие карлики часто рождаются от родителей нормального роста, скорее надо думать о рецессивном характере аномалии.

Известен, однако, случай (Лема), где при поразительно малом росте родителей сын был великаном (2,1 метра), почему, быть может, надо говорить о предрасположении вообще к аномальным состояниям гипофиза без подразделения на гипо- и гипер- состояния.

IV. Понижение функции парашитовидных желез. При экстирпации паратиреоидных желез наступают обычно такие явления: скоро после операции животные перестают есть, через 24 часа наступает повышенная механическая раздражительность нервов, фибриллярные сокращения вначале в мышцах головы, походка делается одервенелой, "манекенообразной". Постепенно тонические судороги распространяются на все тело. Затем наблюдаются внезапные припадки, рвота, понос, кахексия с выпадением волос, и обычно по истечении 10-14 дней наступает смерть.

Из явлений расстройства обмена веществ наблюдается резкое обеднение тканей известью. Мак-Коллам приписывает все эти явления появлению в крови токсических веществ; токсические явления сходны с теми, которые появляются при отравлении гуанидином; следовательно, парашитовидные железы регулируют гуанидиновый обмен (Петон).

Целый ряд авторов относят к числу гипо-паратиреоидных большой круг лиц, у которых наблюдаются явления повышенной; мышечной возбудимости. Финкельштейн, Эшерих, Перитц сюда прежде всего относят спазмофилию у детей: при чем Перитц различает три формы спазмофилии: 1) повышенную мышечную возбудимость, 2) ларингоспазм, 3) эклампсию. При этом наблюдается повышенная электрическая возбудимость периферических нервов, повышенная мышечная возбудимость (симптом Хвостека), феномен Ашнера, гипертония сосудов, следствием которой являются холодные руки и ноги, и плохое кровоснабжение кожи.

По строению тела люди с недостаточной функцией паратиреоидных желез обычно стройные, худые, хрупкие, бледные, с нечистого цвета лицом, с своеобразно вздернутой верхней губой; нос часто толстый и бесформенный. Руки и ноги часто цианотичны холодны и влажны на ощупь. Мышцы слабо

развиты и атоничны. Обычно наступает преждевременная импотенция или они всю жизнь остаются неполноценными в половом отношении. Кости тонки и нежны, часто узкая грудная клетка, часто кариозные зубы, следы перенесенного рахита.

Психически это обычно раздраженные, всегда недовольные люди, которые ни при каких условиях не чувствуют себя счастливыми и по малейшему поводу теряют равновесие. Часто это растерянные, беспокойные, возбужденные люди; некоторые из них, однако, так владеют собой, несмотря на внутреннее беспокойство, что только после долгих расспросов можно это выяснить (Перитц). Б. Иенш говорит об особой склонности гипопаратиреоидных людей к возбудимости сенсорных органов. Они имеют способность виденную ими картину через короткое время представить перед собой со всеми мелочами, как чувственный образ (тетаноидный тип эйдектиков). Быть может, в связи с этим-это обычно тонко чувствующие люди, всегда имеющие художественные интересы.

Со спазмофилической конституцией Перитц связывает целый ряд заболеваний: рахит, язву желудка, а из нервно-психических- эпилепсию, шизофрению, мигрень, нервную астму, Томсеновскую болезнь. Однако, все эти связи едва ли можно считать доказанными.

Наследственная сущность определяется тем, что неоднократно (Штольте) наблюдались семьи, где все дети погибали от судорог. Перитц считает наследственность этой конституции доминантной.

V. Надпочечники

а) При пониженной деятельности надпочечников наблюдается:

Психически: общая слабость, утомляемость, ослабление способности сосредоточения внимания, но сохранность интеллекта при постоянных нервных жалобах. Настроение чаще подавленное, раздражительное; отсутствие активности, нерешительность. Головные боли, мышечные боли, бессонница, головокружения и др. эпилептоидные симптомы.

Физически: невысокого роста, худощавые со смуглым цветом лица, незначительным развитием половых органов и вторичных половых признаков, склонность к гипотермии: зябкость, холодное тело. Дряблость мышц. Мало напряженный, медленный пульс. Склонность к висцеральным птозам, лимфатизму с гиперплазией thymus (status thymico-lymphaticus); в крови лимфоцитоз. Часто большое количество naevi pigmentosi.

б) При повышенной деятельности надпочечников-физически обычно наблюдается резко выраженный апоплектический habitus с сильно развитой, гипертонической мускулатурой, повышенным артериальным давлением.

Психически-это обычно люди с большой психической энергией, эйфорией. По Бергманну-повышенный инстинкт нападения. У женщин наклонность к полноте, и по Пенде увеличение грудных желез, гирзутизм; мужской тип и в психическом отношении.

VI. Половые железы, а) Уменьшение внутренней секреции половых желез.

Психически при этом люди обычно инфантильны, боязливы, несамостоятельны, обычно веселы и довольны, временами в состоянии легкой депрессии. Они медлительны благодаря инфантильному строению и робости, неспособны принимать решения, обладают слабой волей, у них всегда потребность опереться на других при общей беззаботности. Это-люди вялые, апатичные, но добродушные и податливые.

Физически: они обычно высокого роста с длинными конечностями, со своеобразным отложением жира в особенности на ягодицах, нижней части живота и грудях. Волосы на голове всегда обильны, никогда почти не наблюдается плешивость, но на губах, подбородке и теле волос мало. Таз широкий. Плохая вялая мускулатура.

б) Увеличение внутренней секреции половых желез. Психически-это люди достаточно устойчивые к умственной и физической деятельности, достаточно

ценные, трудоспособные, часто во всех отношениях порядочные люди, но весьма неблагоприятно относятся к женскому полу.

Психозов при гиперфункции половых желез до сих пор не описано.

Физически здесь отмечается раннее половое развитие, преждевременная возмужалость. Небольшой рост; формы тела детские; значительное развитие волос. Туловище обычно длиннее конечностей, общее развитие жира незначительно.

Из болезней некоторые авторы отмечают склонность к артериосклерозу и вообще быстрой отживаемости, постарению организма.

Таким образом мы видим, что особенности функционирования или поражение той или иной железы внутренней секреции налагает свой отпечаток на особенности психики точно так же, как налагают этот отпечаток и особенности строения и патологические изменения корковых анализаторов. Однако, более сложные объединения глубинной личности от этого в основе своей не видоизменяются. Шизоидные, циклоидные и др. конституциональные особенности остаются как таковые лишь с некоторым видоизменением в своих оттенках. Несмотря на изменение секреции, при поражении какой-либо одной железы возможны самые разнообразные психозы в зависимости от общей нервно-психической конституции, так же как возможно и отсутствие психозов, если нет патологических конституций.

1) Т.е. зависящее от особенностей структуры самого органа, о котором идет речь.

ГЛАВА XIII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Психопатические конституции

Т.И Юдин

В предыдущих главах мы все время говорили о различных биологических механизмах, определяющих личность человека. Мы указывали на большую сложность этих механизмов, на деление этих механизмов на ряд более или менее самостоятельных систем, на зависимость этих систем одной от другой в образовании биологической личности. Указывали на то, как особенности устройства, или болезненные изменения, или разрушения отдельных частей этого сложного механизма накладывают свои отпечатки на деятельность как больших систем, так и всей личности. Мы упоминали о значении внешних (вне системы организма лежащих) биологических моментов для развития этих механизмов (паратипические вариации).

Но человек живет не только среди этих биологических факторов, но и среди себе подобных людей, среди общества с его социальными законами, его окружает не только среда биологическая, но и среда экономическая. Благодаря постоянно меняющимся условным рефлексам (*fonction du reel*) факторы социальной среды направляют биологические механизмы человека к той или иной деятельности. Многие примитивные инстинкты при этом подлежат торможению, вытеснению. Над инстинктами, как говорит Фрейд, устанавливается "цензура" реальной жизни. Ряд инстинктов связывается новыми условными рефлексам с разнообразными высшими анализаторами, "сублимируется", как называет Фрейд, и направляется к высшим культурным целям.

Но все же при выполнении социальных задач все мышление, все поведение человека проходит через призму инстинктов, он работает только теми механизмами, которые дала ему природа, его конституция. Поставленные в одни и те же социальные условия, люди с различными биологическими механизмами будут, направляясь к той же социальной цели, действовать различно, да и не каждый, несмотря на очень большую многогранность организма, способен к выполнению всяких социальных задач.

Позволим здесь себе сравнение с автомобилями различных конструкций. Все эти автомобили можно направить по одному и тому же маршруту, но сразу же они начнут выполнять этот маршрут по разному: одни-быстрее, другие медленнее; при выполнении маршрута на одни (грузовые) можно положить

большой груз, на другие - только малый; наконец, некоторые машины вовсе не выдержат длинного и трудного пути. Так точно и с конституцией человек. Правда, с самого же начала здесь будет некоторая разница: организм все же способен к довольно значительным перестройкам, способен к упражнению, способен к вариационному изменению своих свойств в зависимости от окружающих условий, способен к приспособлению, чего нет у машины-автомобиля, но и эти вариационные способности имеют также известные пределы, поставленные конституцией.

Задачей изучения биологических конституций должно являться не установление независимых от социальной среды сущностей, а понимание связи наследственных факторов с социальной средой.

До сих пор, однако, в психиатрии, при классификации различного вида психопатических особенностей поведения, не проводилось надлежащего учета роли отдельных биологических моментов и роли социально-экономических факторов в связи с ними, психопатии классифицировались то по одним биологическим, то по одним социальным признакам. Так, рядом с шизоидными, депрессивными, экспансивными психопатами, как равнозначные им группы ставились психопаты-"враги общества" (морально дефективные), сутяги, неустойчивые (в смысле направления своей социальной деятельности), безвольные и т. п.

Вполне естественно, что при разборе этих последних групп, выделенных на основании социального признака, с биологической точки зрения они оказывались имеющими самые разнообразные биологические механизмы. Меггендорфер, например, изучая группу морально-дефективных, нашел среди них много шизоидов, но и много аффект-эпилептиков. Неустойчивые Крепелина в значительной степени относятся, вероятно, к фантастам, легким циклоидам и т. п.

Несомненно, логическое оформление всякого рода поведения, в том числе и психопатического, то социальное направление, которое принимают действия, черпается из окружающей социальной среды. В свой бред больные вплетают все злобы дня, в нем сказывается социальное мирозерцание больного; события и персонажи, возбуждающие тревогу и страх, берутся из окружающей действительности; они образуются в связи со сложившимися под влиянием социальной среды доминирующими высшими условными связями.

Психозы поражают социальную личность, т.-е. личность с известными социальными устремлениями, воззрениями, привычками, классовой установкой и т. п. Все психопатические симптомы перерабатываются социальной средой. Несомненно, отражаются на всем поведении и те классовые и профессиональные особенности, которые получили в своем индивидуальном социальном развитии высшие механизмы мозга.

Поставленная, например, в условия Определенной профессии, личность развивает, упражняет способности и механизмы, необходимые для выполнения данной профессии и, наоборот, подавляет реакции, вредные для профессии; это большое развитие одних механизмов и подавление других накладывает отпечаток на всю структуру личности, создает своеобразные типы высших механизмов. Уже в широкой публике известно, какой отпечаток кладет профессиональная деятельность на личность. Широко распространено представление о "рассеянном профессоре", "педантичном чиновнике", "экспансивном актере", "скупом, расчетливом купце" и т. д. Ряд психологов думал даже классификацию характеров создать, опираясь на основную, направляющую социальную задачу, определяющую тип личности. Шпрангер, например, делит людей на лиц с теоретической, эстетической, промышленной, административной (machthaberische), религиозной установкой.

Предполагают даже (Адлер), что иногда врожденная недостаточность какого-либо механизма дает повод, чтобы на нее было обращено особое внимание, и

данный механизм путем тренировки достигает высокого развития. Как пример приводится косноязычный Демосфен, тугоухий Бетховен, парализованные полководцы - Стилихон и Торстенсон, страшные молниеносной быстротой передвижения своих войск. Повышенный интерес, таким образом, какбудто строит новую личность почти вопреки ее природным особенностям.

Несомненно, что и люди, обладающие своеобразными, описанными нами выше конституциями, свои особенности развивают в том или ином направлении в зависимости от имеющихся социально-экономических условий. Люди со стеническим, предприимчивым характером в одних условиях становятся организаторами капиталистических предприятий, в других - организаторами борьбы против капиталистов и, наконец, в третьих условиях - организаторами противообщественных, антисоциальных (индивидуалистических) преступных выступлений. Но всякие классовые и профессиональные установки имеют, если можно так выразиться, и свою конституциональную сторону. Переживания и способы действия шизоида-стеника и шизоида-астеника, циклоида, параноика, направленные социальной средой к одним и тем же целям, будут иметь и свои особенности.

Возьмем двух различных, по конституции борцов Французской революции Мирабо и Робеспьера, как они описаны Кречмером.

Мирабо - типичный циклоид: храбрый борец, но и остроумный примиряющий политик: он - весельчак, кутила, игрок, любящий, сам "пожить" и дающий "пожить" другим; лишенный скропулезности, не отличающийся высокой моралью, свободный от формализма и доктринерства, пользовался популярностью и любил эту популярность.

Робеспьер - резкий шизоид: имел беспощадную ненависть к удовольствиям, был воодушевлен определенной системой идей, схемой; неподкупно справедлив и ничего не чувствовал кроме добродетели и идеала; он не чувствовал, что причиняет страдания; простой, скромный, он больше всего боялся оаций и дам.

Исследуя профессиональные особенности у лиц с различной конституцией Н. И. Озерецкий также отмечает, как резко отражалась конституция на типе работы. Изучались 263 металлиста. Оказалось, что астеники (шизоиды) приспосабливаются к работе несколько медленнее, чем пикники (циклоиды); хотя их телесная сила в общем меньше, чем у пикников, но при непродолжительной работе они могут обнаружить значительное напряжение. Отношение при обучении между сознательными психомоторными и автоматическими факторами у них больше в сторону сознательных факторов. Пикники - работают медленно, но силы сохраняются долгое время; общие моторные способности лучше, чем у астеников, но автоматические факторы преобладают над сознательными.

Таким образом, мы видим, что реальная личность представляет из себя сложное единство, зависящее от классового, профессионального положения, тренировки и особенностей ее биологического устройства. Лишь поняв все эти взаимоотношения, мы можем понять личность.

Задачей настоящей книги было выяснить особенности некоторых конституциональных типов, некоторых своеобразных конструкций поскольку они лежат в основе различных тяжелых психических заболеваний, ведущих к полной неработоспособности. Биологическое выделение этих типов, этих конституций только еще начинается, находится в первых стадиях развития; помимо описанных нами шизоидных, циклоидных, epileptoидных, параноидных, фантастических, психастенических особенностей существует еще много других, скрытых до сих пор прежде всего, вероятно, среди так называемых истерических аномалий, нов этой области конституциональных исследований еще нет; многое еще требует дальнейших наблюдений и изучения. Главной нашей задачей было представить те основные тенденции, которые имеются в этом отношении в науке.

ЛИТЕРАТУРА Психопатические конституции

Т.И Юдин

Алфеевский. Нервные и психические явления у туберкулезных. Совр. Псих. 1912. № 10.

Андреев, М. П. Psychopathogenetische Probleme betr. d. Veränd. d. Psychik b. Enc. ep. Ztschr. Bd. 99. 1925.

Андреев, М. П. Метод соматометр. профилей в его примен. в психиатрии. "Совр. Психиатр.". 1926. № 1. Ztschr. Bd. 102. 1926.

Bauer J. Die konstitutionelle Disposition zu inn. Krankheit en 3-te Aufl. Berl. Springer. 1924.

Белов. Физиология типов. Изд. "Красная Книга". Орел. 1924.

Bernheim. Hypnotisme et Suggestion. Paris. 1900.

Berze. Die hereditären Beziehungen d. Dementia praecox. Leipz. Wien. Deuticke. 1910.

Berze. Beiträge z. psychiatr. Erblchkeits- und Konstitutionsforschung. Ztschr. Bd. 87. 1923. u. Bd. 6. 1925.

Berze. Die primäre Insuffizienz d. psychischen Aktivität. 1914.

Binswanger. Ueber schizoide Alkoholiker. Ztschr. Bd. 60. 1920.

Bircher. Schweiz. Arch. f. Psychiatrie. 1921.

Birnbaum. Psychosen mit Wahnbildung u. wahnhafte Einbildungen d. Degeneranten. Halle. Marhold. 1908.

Bjerre. Die Radikalbehandlung d. chr. Paranoia. Jahrb. f. Psychoanal. Forsch. Bd. 3.

Bleuler. Dementia praecox oder Gruppe d. Schizophrenien. Aschaffenburg's Handb. Leipzig - Wien. Deuticke. 1911.

Bleuler. Naturgeschichte d. Seele. Erne Elementarpsychologie. Berlin. Springer. 1921.

Bleuler. Affektivität, Suggestibilität u. Paranoia, Halle a S. 1906.

Bonhoeffer. Die Psychosen im Gefolge von ac. Infektionen Aschaffenburg's Handbuch. 1912.

Bonhoeffer. Die exogenen Reaktionstypen. Arch. f. Psych. Bd. 58. 1917.

Bovain. Similarité et mendélisme dans l'hérédité de la dem. praecox. Vevey. 1915.

Bratz. Ueber affektepileptische Anfälle. Mntsch. Bd. 29. 1911.

Bratz-Leubacher. Die Affektepilepsie. D. m. W. 1907.

Bumke. Lehrbuch d. Geisteskrankheiten. 2-te Aufl. München. Bergmann. 1924.

Bumke. Die Auflösung d. Dementia praecox. Klinische Wochenschr. 1923. № 11.

Bourneville. Progres medicale. 1900.

Claud, Borel, Robin. La constitution schizoide. L'Encephale. 1924. № 4.

Davenport, C. Heredity of constitutional mental disorders. Eug.Rec. Office. Bull. № 20. 1920.

Davenport, C Violent temper and its inheritance. Eug. Rec. Office. Bull. Jfi 12. 1915.

Delbruck. Die pathologische Litige. Stuttgart. 1891.

Детенгоф, Ф. Ф. Ueber die schizoide Konstitution. Monatschr. Bd. 55. 1924.

Diekhoff. Die Psychosen bei Psychopatisch Minderwertigen. Allg. Ztschr. Bd. 55. 1&9J.

Dupre. Traite de pathologie mentale Ballet. Paris. 1900.

Dupre. Mythomanie infantile. L'Encephale 1909, aout.

Ecodomo., Ueber d. Wert d. geneal. Forschung f. d. Einteilung. d. Psychosen, insbesond. d. Paranoia. M. m. W. 1922 № 7.

Economo. Die hereditäre Verhältnisse bei d. Paranoia Querulans Jahrb. f. Ps. Bd. 36. 1914.

Eisath. Paranoider Symptomokomplex u. m.-d. Irresein. Ztschr. Bd. 41.

Elmiger. Ueber schizophrene Heredität. Psycho-neurol. Wochenschr. 1910.

Ewald. Schizophrenie, Schisoid, Schisothymie. Ztschr. Bd. 77. 1922.

Ewald. Die biol. Grundlagen von Temperament u. Charakter. Ztschr. Bd. 84. 1923.

- Ewald. Paranoja u. man.-depress. Irresein. Ztschr. Bd. 49. u. 71.
- Ewald. Temperament u. Charakter. Berlin. Springer. 1924.
- Eyrisch. Zur Klinik. Psvchopathologie d. pyknischen Schizophrenen. Ztschr. Bd. 97. 1925.
- Fausser. Endogene Symptomokomplexe bei exogenen Krankheitsormen. Allg. Z. Bd. 62. 1905.
- Fischer. Die Rolle d. inneren Sekretion f. d. norm. u. kranke Seelenleben. Zentralbl. f. d. g., N. u. P. Bd. 34. 1923.
- Fischer. Zur Biologie d. Degenerationszeichen u. d. Charakterforschung. Ztschr. Bd. 62. 1920.
- Freud. S. Я и Оно. Русск. пер. Изд. Academia. Ленинград. 1924..
- Friedman. Beilage 4^ Lehre d. Paranoja. Monatschr. Bd. 27.
- Гадачьян, А. Г. Об остро-паранойальном синдроме при ман.-депр. психозе. Ж. Психол., Невр. и Псих., т. III. 1923.
- Ганнушкин, П. Б. Острая параноя. Диссертация. М. 1904.
- Ганнушкин, П. Б. Психастенический характер. "Совр. Психи атрия". 1907, декабрь.
- Ганнушкин, П. Б. К постановке вопроса о шизофренич. конституции. "Совр. Псих.". 1914. № 5.
- Ганнушкин, П. Б. Об эпилепсии и эпилептоидах. Труды псих. кл. 1-го М. Г. У. М. Изд. Сабашниковых. 1925.
- Ганнушкин, П. Б. и Суханов, С. А. К учению о навязчивых идеях. Журн. Корсакова. 1902, кн. 4.
- Gau pp. Ueber paranoische Veranlagung u. abortive Paranoja. Zentralb, f. N. u. P. 1910. Bd. 33..
- Гейер, Т. А. Некоторые соображения о хрович. и остр, паранойях. Труды псих. кл. 1-го М. Г. У. 1925.
- Гейер, Т. А. К учению о паранойях. Ж. Психол., Неврол. и Псих. Т. I. М. 1922.
- Гиляровский, В. А. Патологическая анатомия психозов. Гос издат. 1925.
- Goddard. The Kallikak Family. New-York. Macmillan. 1912.
- Goring. Ein hysterischer Schwindler. Ztschr. Bd. 1. 1910.
- Graeter. Dementia praecox mit Alcoh. ehr. Leipzig 1909.
- Gruhle. Die urspr
- Гуревич, М. О. Об эпилептоидн. состояниях у психопатов и их отгранич, от эпил. "Совр. ПсЛ 1914.
- Гуревич, М. О. Ueber die Formen d. motorischen Unzul
- Haverock. Casopis lekaruw ceskych. Bd. 59. 1920.
- Heilbronner. Ueber progressive Zwangsvorstellungspsychosen Mntschr. Bd. 5. 1899.
- Hoehe. Die Bedeutung d. Symptomokomplexe in der Psychiatrie. Ztschr. Bd. 12. 1912.
- Hoffmann, H. Vererbung und Seelenleben. Berlin. Springer. 1922.
- Hoffmann, H. Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Berlin. Springer. 1921.
- Hoffmann, H. Die individuelle Entwicklungskurve des Menschen. Berlin. Springer. 1922.
- Hoffmann, H. lieber Temperaments Vererbung. M
- Hoffmann, H. Erbbiologische Pers
- Hoffmann, H. Die konstitutionelle Struktur d. "origin
- Hoffmann, H. Fall Bertha Henkel. Ztschr. Bd. 88. 1924.
- Hoffmann, II. Familienpsychiosen im schizophrenen Erbkreis. Berlin. Karger. 1926.
- Hollos. Les intoxications tuberculeuses. 1910. Paris.
- Jahr mark er. Zur Frage d. Dementia pracox. Halle. Marhold. 19081
- Janet. Неврозы. Русск. пер. Изд. "Космос". М. 1911
- Jaspers. Allgemeine Psycliopathologie. 3-te Auflage. Berliu. Springer. 1924.

- J e n s c h. Ueberp sychophysische Konstitutionstypen. Ztschr. Bd. 97.1925.
Жилин, И. Н. О псевдологич. конституции. "Совр. Психо-неврол". 1926. № 5.
Jung. Ueber manische Verstimmungen. Allg. Z. Bd. 61. 1904.
Kahn, E. Zur Frage d. Schizophrene Reaktionstypus. Ztschr. Bd. 66. 1921.
K a h n. Schisoid u. Schizophrenie im Erbgang. Berlin. Springer. 1923.
Kahn. Erbbiologisch-klinische Betrachtungen u. Versuche. Ztschr. Bd. 61. 1920.
Kahn. Erbbiologische Einleitung. Aschaffenburg's Handbuch. Leipzig-Wien. Deuticke. 1925.
Каннибих, Ю. В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. Дисс. М. 1914.
Kehrer-Kretschmer. Die Veranlagung zu seelischen St
Klages. Principien d. Charekterologie. Leipzig. Barth. 3-te Aufl. 1921.
Kleist. Involutionsparanoja. Allg. Z. Bd. 70. 1913.
Kleis t. Die psychomotorische St
Kleist. Современные течения в психиатрии. Р. иерев. изд. "Врач". Берлин. 1926.
Kleist, Episodische Damm
Koch. Die psychopatischen Mindervertigkeiten. Ranensburg. 1891.
Krafft-Ebing. Курс психиатрии, Русск. пер. СПб. 1903.
Kraepelin. Psychiatrie. Lehrbuch. 8-te Aufl. Leipzig. Barth. Bdd. I-IV. 1909-1915.
Kraus. Die allgemeine u. spezielle Pathologie d. Person. Leipzig. Thieme. 1919.
Kretschmer. Телосложение и характер. Русск. пер. Госиздат. М.
Kretschmer. Об истерии. Русск. пер. Изд. "Практ. Мед.". Ленинград. 1924.
Kretschmer. Sensietive Beziehungswahn. Berlin. Springer. 1917.
Kretschmer. Medicinische Psychologie. 2-te Aufl. Leipzig. Thieme. 1922.
Краснушкин, Е. К. К вопросу об отнош. пейхоген. психозов к конституции. Ж.
Пс, Н. и Пс. т. IV. 1921.
Ксенократов, М. Н. Зависимость течения м. д. психоза от генной структуры.
Хронические течения м. д. не. Совр. Психоневрол 1926. (печатается).
Lange, J. Ueber dis Paranoja u. paranoische Veranlagung. Ztschr Bd. 94. 1925.
Lange, J. Der Fall Bertha Hempel. Ztschr. Bd. 85. 1923. Lange. Ueber Melancholie.
Ztschr. Bd. 101. 1926.
Lagnel-Lavastine. La psychologie des tuberculeux. Revue de medicine. 1907. № 3.
Lenz. Ueber dominant-geschlechtl. Vererbung u. d. Erblighk d. Basedow-Diathese.
Arch. f. ?ass. Biol. Bd. 13. 1918.
Liepmann. Psychologie d. Berufe. Handb. d. vergl. Psychol. von Kofka. Bd. II. M
Lundborg, D. Erbgang d. progressiven Myoklonusepilepsie. Ztschr. Bd. 9. 1912.
Mai er, Hans. Ueber katathyme Wahnbildungen u. Paranoja. Ztschr. Bd. 13. 1912.
Marti as. Konstitution u. Vererbung in ihren Bezieh, zur Patho-
Maus. UeberSchisophonemitykn. K
Mayer-Gross. Zur Problem des schizophrene. Reaktionstypus, Ztschr. Bd. 76. 1922.
Meggendorfer. Klinische u. genealog. Untersuchungen
Meggendorfer. Ueber spezif. Vererbung einer Angst- u. Zwangs neurose. Ztschr.
Bd. 30.
Meggendorfer. Ueber die Holle der Erblighkeit bei d. Paralyse. Ztschr. Bd. 65.
1921.
Merklin. Bemerkungen z. Paranoja-Frage. Ps.-Neur. Wochenschr. 1909.
Meyer, E. Ueber acute u. ehr. Alkoholpsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 38. 1903.
Meyer, W. Ueber paraphrenen Psychosen. Ztschr. Bd. 71. 1921.
Meyer, W. Beitr. zur Kenntniss d. Eifersuchtwahnes. Arch f. Psychiatrie. Bd. 46.
Meynert. Психиатрия. Русск. пер. Харьков. 1885.
Minkowsky. Charakterol. Problem im Lichte Heredit
Monchy. Die Zergliederung des psych. Krankheitsbildes bei Arterioscler. с Berlin.
1922.
Morawitz. Mischbilder von Katatonie u. Epileptie. Diss. Z
Nitsche. Ueber chronische manische Zust
Озерецки й, Н. И. Телосложение и моторное предрасположение. Гигиена

- Труда. 1925. № 3.
- Озерецко веки п, Д. С. О навязчивых явлениях при шизо френии. Труды псих. кл. 1-го М. Г. У. М. 1925.
- Павлов, И. П. 20-тидетний опыт объективного изучения высш. нервн. деятельности. Госизд. М. 1923.
- Pende. Konstitution u. innere Sekretion. Budapest - Leipzig. Novack. 1924.
- Peritz. Введение в клинику внутр. секреции. Русс. пер. под ред. Кронтовского. Укргоcизд. 1924.
- Perne. t. Ueber Bedeutung v. Erbllichkeit f. d. kl. Bild d. Par. Progr. Berlin. Karger. 1917.
- Peters, W. Die Vererbung geistiger Eigenschaften u. die psychische Konstitution. Jena. Fischer. 1925.
- Петров, С. И. О психике туберкулезных. "Совр. Психиатрия". 1913, октябрь.
- Pfaund1er. Was nennen wir Konstitution. KL Wochenschr. 1922.
- Piltz. lieber homologe Heredit
- Plaut. Ueber G-alluzinosen der Syphilitiker. Berlin. Springer. 1913.
- Popper. Der schizophrene Reaktionstypus. Ztschr. Bd. 62 u. 68.
- Pulawski. Polska Gazeta Lekarska. 1924. № 7.
- Reichardt. Teoretisches ueber die Psychosen. Journ. f. Psychol. u. Neurol... Bd. 24.
- Reiss. Konstitutionelle Verstimmung u. m.-d. Irresein, Ztschr. Bd.2. 1910.
- Рыбаков, Ф. Е. Душ. расстройства в связи с политич. событиями Р. Врач. 19:)5 J6 51; 1906 № 3 и 8.
- Рыбаков, Ф. Е. Случай pseudologia pliaiitastica infantilis. Журп. Корсакова 1911 IV 4.
- Nillerg. shaus. Fr
- Rudi n. Gegenw
- Sand y. Study in heredity. Am. journ. of insanity. 1910.
- Schacherl. Ueber Luelikerfamilien. Jahrb. f. Psychiatrie. 1914.
- Schneider, A. Ueber Psychopathien in. Dem. pr. Familien. Allg. Z. Bd. 79. 1923.
- Schneider, K. Psychopalhische Pers
- Schneider. Die Lehre von Zwangsdenken in d. letzten 12 Jahren. Ztschr. Ref. Bd. 17. 1918.
- Schott. Kl. Beitr
- Schr'ijver-Herzberger. Erbllichkeitsverh
- Schnirer. Die Paranojafrago (Samelnreferate;. Ztschr. Referate. Bd. 8.
- Schulz. Schizophrene mit pykn. K
- Seeiert. Ueber paranoide Erkrankungen u. Pr
- Seelert. Verbind, endogener u. exogen. Faktoren in. d. Sympto menbilde u. d. Pathogenese von Psychosen. Berlin. Karger. 1919.
- Siefert. Ueb. chronische Manie. Allg. Z. Bd. 59. 1902.
- Siemens u. Blum. Die Erbllichkeitsfrage beim Kropf. M. m. W. 1924. № 51.
- Скляр, П. И. Е казуистике психически ненормальных аферистов. Корсак. Журн. 1907. Кн. 5 и 6.
- Sne11. Die Belastungsverh
- 176 Specht. Ueb. kl. Kardinal frage d. Paranoia. Zentralbl. f. N. ii. P. 1908.
- Spr anger. Lebensformen. 3-fe Aufl. Halle, Niemeyer. 1922.
- Steiner. Ueb. d. familialo Anlage zur. Epilepsie. Ztschr. Bd. 23. 1914.
- Stemmermann. Beitr. z. Kenntn. u. Kasuistik, d. Pseudol. phantastica. Allg. Z. Bd. 64. 1907.
- Stern, W. Die menschliche Pers
- Stransky. Ueber die Dementia praecox. Wiesbaden. 1909.
- Stransky. Das manisch-depressive Irresein. Leipzig - Wien. 1911.Stransky. Zur Entwicklung d Lehre d. Dem. praecax. Ztschr. 1912.
- Strohmayer. leb. d. ursacul. Beziehungen d. Sexualit
- Strohmayer. Zur Genealogie d. Schizophrenie u. Schisoids Ztschr. Bd. 95. 1925.
- Суханов, С. А. Психозы у близнецов. Клин. Ж. 1900. № 4.

- Суханов, С. А. О патологических характерах. "Практ. Врач". 1907. № 41 - 42.
- Суханов, С. А. Истерич. характер и истерич. проявления. Прил. к "Врач. Газ.". 1911. № 17.
- Tientemann. Unfall u. Paranoja. Ztschr. 1916.
- Toenissen. Yererbungsforschung u. innere Medicin. Ergebn. finn. Med. Bd. 17. 1919.
- Urstein. Die Dem. praecox u. ihre Stellung zum m.-d. Irresein. Wien. Urb-Schwarz. 1909.
- Volland. Ueber motorische Ph
- Vor kastner. Epilepsie u. Dem. praecox. Berlin. Karger. 1918.
- Vorster. Praecox
- Weidner. Hirntumor u. paranoisches Symptomenbild. Ztschr. Bd. 66.
- Wendt. Ein Beitr. z. Kasuistik, d. Pseudologia phantastica Allg. Z. Bd. 68. 1911.
- Wernicke. Grundriss d. Psychiatrie. 2-te Aufl. 1906,
- Westerterp. Process u. Entwicklung bei verschiedenen Paranojatypen. Ztschr. Bd. 91. 1925.
- Weygandt. M. m. W. 1921. № 42.
- Wieg-Wickentahl. Zur Klinik d. Dem. praec. Halle a/S. 1908.
- Wigert. Studien Willmans. Psychopathologie des Landstreichers. Leipzig. Barth. 1906.
209. Willmans. Psychopathien. Handbuch d. Neurologie Lewandowsky. Berlin. Springer. 1914.
- Will mans. Ueber Gef
- Wimmer. Lheredite" dans les maladis mentales. L'Encephale. 1922. № 3.
- Zingerle. Zur pathol. Anatomie d. Dem. praecoxr^tntshr. Bd. 27.
- Zoller. Zur Erblchkeitsforschung bei Dent praecox. Ztschr. Bd. 55. 1920.
- Юдин. Психозы у близнецов. Корсаков. Ж. 1907. № 1.
- ЮдиниГалачьян. Опыт насл. биол. анализа одной лап.депр. семьи. Р. Евг. JE. Т. I. № 3-4.
- Юдин и Детенгоф. Опыт генетич. анализа схизоидн. ком плекса. Русск. Евг. Ж. Т. II. № 1.
- Юдин. К вопросу о генной структуре шизогинии, шизоидии в генетич. происх. шизофрении. "Совр. Психоневрологил". 1925. №3 - 4.